



HAL
open science

Pragmatiser la santé publique en formation infirmière : des pratiques professionnelles aux savoirs à enseigner

Sandrine Monnier

► **To cite this version:**

Sandrine Monnier. Pragmatiser la santé publique en formation infirmière : des pratiques professionnelles aux savoirs à enseigner. Education. Université de Strasbourg, 2023. Français. NNT : 2023STRAG026 . tel-04574217

HAL Id: tel-04574217

<https://theses.hal.science/tel-04574217>

Submitted on 14 May 2024

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

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



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG



**ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES – PERSPECTIVES
EUROPEENNES**

**LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION
ET DE LA COMMUNICATION (LISEC) - EA 2310**

THÈSE présentée par :

Sandrine MONNIER

Soutenue le : **26 juin 2023**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'Université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Sciences de l'Éducation et de la formation

**Pragmatiser la santé publique en formation infirmière :
Des pratiques professionnelles aux savoirs à enseigner**

THÈSE dirigée par :

Monsieur TRIBY Emmanuel Professeur des universités, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Madame VEYRAC Hélène Professeure de l'Enseignement Supérieur Agricole, ENSFEA Toulouse

Monsieur THIEVENAZ Joris Professeur des Universités, Université Paris-Est, Créteil

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Madame ULMANN Anne-Lyse Maîtresse de Conférences-HDR, Cnam, Paris

Monsieur AUDRAN Jacques Professeur des Universités, INSA, Strasbourg

Monsieur GIGNON Maxime Professeur des Universités-PH, Université de Picardie, Amiens

INVITÉ :

Monsieur MAYEN Patrick, Professeur des Universités, AgroSup – Université de Bourgogne,
Dijon

Résumé

Cette thèse pose la question de la formation des infirmiers dans le domaine de la santé publique. Elle s'intéresse à l'activité infirmière dans le milieu des soins généraux et à la manière dont les compétences en santé publique se construisent en situation de travail. Notre démarche vise à pragmatiser la santé publique dans les enseignements pour former des infirmiers compétents et impliqués dans des missions dont les contours sont en redéfinition profonde.

Après avoir exploré notre objet d'étude dans une perspective pluridisciplinaire, nous nous sommes appuyés sur la didactique professionnelle (Pastré, Mayen) et l'ergologie (Schwartz, Durrive) pour formuler notre question de recherche et nos hypothèses. Nous avons ensuite réalisé une enquête qualitative combinant observations en immersion et entretiens auprès d'infirmiers exerçant dans différents services hospitaliers et lieux de vie. Nos résultats montrent que les soins généraux offrent une variété de situations potentielles de développement (Mayen) où la santé publique se manifeste particulièrement sous l'angle de ses caractéristiques agissantes (Mayen). Mais ils montrent également que si la santé publique est transversale à l'activité, elle est la plupart du temps « non sue » et non mobilisée dans l'encadrement des étudiants. Sa visibilité implique une posture réflexive et une analyse des situations qui prend en compte, notamment, la dimension macrosociale du soin, alors que le raisonnement infirmier est traditionnellement centré sur sa dimension clinique. Nos résultats suggèrent des pistes de réingénierie des enseignements de santé publique et permettent d'envisager des méthodes et des outils adaptés à l'alternance entre formation clinique et théorique.

Abstract

This thesis questions nurses training in the field of public health. It is exploring nursing activity in the general care setting and the methodology of how public health skills are built in working situations.

Our approach aims to pragmatize public health in teaching to train competent nurses involved in missions whose outlines are in deep redefinition. After having explored our object of study from a multidisciplinary perspective, we relied on professional didactics (Pastré, Mayen) and ergology (Schwartz, Durrive) to formulate our research questions and our hypotheses. We then carried out a qualitative survey combining immersion observations and interviews with nurses working in different hospital departments and living location. Our results show that general care offers a variety of potential developmental situations (Mayen) where public health manifests itself particularly in terms of its acting characteristics (Mayen). They also show that if public health is transversal to the activity, it is most of the time "not known" and not utilized in the students development and education. Its visibility implies a reflexive posture and an analysis of situations which takes particularly into account the macro-social dimension of care, whereas nursing reasoning is traditionally centered on its clinical dimension. Our results suggest the potential need for reengineering public health teaching, and the development of methods and tools adapted to the alternation between clinical and theoretical training.

Remerciements

Ce travail de thèse est le prolongement d'une réflexion entamée il y a une dizaine d'années, alors que je découvrais le milieu des soins infirmiers à domicile. Un univers totalement différent du monde normateur et organisé de l'hôpital et auquel j'étais habituée. En immersion dans le cadre de vie habituel du patient, confrontée à ses réalités sociales, économiques, environnementales... à des problématiques qui ne se posent pas dans le huis-clos de l'hôpital, il m'a fallu considérer les situations professionnelles de manière beaucoup plus globale, élargir mon regard à ce qui se passe au-delà de la chambre du malade.

À domicile, le public et l'intime se côtoient davantage, sans la blouse blanche, le corps s'engage d'une manière différente, les frontières de la relation de soin deviennent plus poreuses ; j'ai pu faire l'expérience d'un rôle social, qui, jusque-là me paraissait plutôt énigmatique...

J'ai pu mesurer l'impact d'un manque d'accessibilité ou de coordination des soins et déceler des failles dans la collaboration entre les soins de ville et l'hôpital. Il s'agissait autant d'impact sur la santé et le bien-être du patient mais sur l'organisation et l'économie des soins également. J'ai aussi fait le constat du manque de reconnaissance accordée aux soins éducatifs et préventifs alors que les besoins sont si saillants. De même, le manque d'autonomie pour la prescription des soins de confort, qui relèvent pourtant du rôle propre, ou pour assurer la continuité des traitements, ont souvent été une limite dans la qualité de mes prises en soins.

Lorsque j'ai repris mes fonctions de formation, en 2017, et inspirée de ces expériences, j'ai souhaité valoriser le rôle infirmier en santé publique dans mes enseignements, notamment en éducation et prévention, mais je me suis heurtée à de fortes résistances de la part des étudiants. J'ai considéré cet obstacle comme une opportunité de poursuivre mon questionnement autour de la santé publique en entrant par la porte de la formation, cette fois, mais sans jamais perdre de vue l'origine de mon questionnement, son fil conducteur : le soin.

Pour moi, éduquer c'est soigner et tout soin comporte une dimension éducative, formative ; dès lors, cette réflexion est le fruit de nombreuses rencontres, d'échanges et de débats avec des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux, des enseignants... mais aussi des étudiants, des bénévoles des aumôneries, des aidants, des malades et leurs proches, des personnes âgées ou en perte d'autonomie... Mon cheminement implique un grand nombre de personnes que je ne peux citer sans risquer d'omissions, mais je les remercie simplement d'avoir croisé ma route et d'avoir inspiré la curiosité qui m'anime. Je remercie également toutes les personnes qui ont soutenu ou accompagné ce travail, de sa genèse à son évaluation.

En premier lieu, je remercie mon directeur de thèse, Monsieur Emmanuel Triby, pour sa disponibilité, ses conseils ainsi que l'autonomie et la confiance qu'il m'a accordées.

Je remercie également les membres du jury, Mesdames Hélène Veyrac et Anne-Lyse Ulmann et Messieurs Joris Thievenaz, Jacques Audran, Maxime Gignon et Patrick Mayen, d'avoir accepté de porter un regard critique et d'échanger à propos de mon travail.

Je remercie la région Grand-Est d'avoir soutenu mon projet par l'attribution d'une bourse doctorale ainsi que mon employeur et mes supérieurs hiérarchiques de m'avoir permis d'aménager mon temps de travail en fonction des aléas de la thèse. Merci, notamment, à Myriam Plaisance-Lamy, ma directrice, qui a défendu ce projet dès ses balbutiements.

Je remercie aussi mes collègues de travail pour l'accueil qu'ils lui ont fait, et la liberté qui m'a été laissée pour rechercher, innover et tester.

Merci en particulier à Sylvie Helfter dont la confiance et la bienveillance m'ont été précieuses.

Je remercie Irène et Martial Lièvremont, Olivier Piot et Isabelle Christ-Fall d'avoir accepté de me relire et de me conseiller pour la phase finale de ce travail.

Je remercie les cadres de santé et relations professionnelles et personnelles qui ont été les relais de ma démarche lors de la phase de recrutement et tous les responsables d'établissements qui m'ont accueillie, malgré des dispositifs de circulation très restrictifs en lien avec la pandémie.

Je remercie les dix infirmiers qui ont accepté d'être enquêtés en contexte de crise et de faire parler leur activité, ils ont été une ressource inestimable.

Je remercie tous les étudiants, particulièrement la promotion 2018-2021, pour m'avoir aidée à explorer mon problème didactique au départ, en confrontant leurs représentations aux miennes et notamment Alexandre, à l'origine du déclic. Mais également les étudiants de la promotion 2019-2022 qui ont partagé avec moi leur expérience de la pandémie dans une perspective de santé publique, spécialement Léa qui m'a inspiré l'entrée par les situations. Enfin, les étudiants de la promotion 2021-2024, qui m'ont permis de mettre mes premiers résultats à l'épreuve.

Je remercie ma famille, mon conjoint, Vincent, et mes enfants, Léa et Antoine, de m'avoir toujours soutenue et encouragée, parfois supportée. Ils ont été ma force.

Enfin, je remercie ma chère grand-mère, à qui je ne peux m'empêcher de penser, alors qu'au moment où j'écris ces quelques lignes, sa vie se voit bouleversée par son entrée en EHPAD, victime, comme tant d'autres, de la pénurie de professionnels de santé et d'un manque de coordination des soins pour pouvoir être soignée dans son lieu de vie et auprès de ses proches. Merci d'avoir pris soin de moi toutes ces années.

Liste des sigles et abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ASAR : Analyse de Situation ou Activité Rencontrée

CII : Conseil International des Infirmières

CLS : Contrat Local de Santé

CNR : Conseil National de Refondation

CNS : Conseil National de Santé – **CRSA** : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

DD3P : Dispositif Dynamique à 3 Pôles

DP : Didactique Professionnelle

ECTS : European Credits Transfer System

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

ES : Economie de la Santé

ESI : Etudiant en Soins Infirmiers

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FAS/MAS : Foyer et Maison d'Accueil Spécialisé

FESP : Fonction Essentielle de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IEN : Infirmier de l'Éducation Nationale

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

IST : Infirmier de Santé au Travail

NGAP : Nomenclature des Gestes et Actes Professionnels

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONI : Ordre National Infirmier

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SEF : Sciences de l'Éducation et de la Formation

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SP : Santé Publique

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

TD et TP : Travaux Dirigés et Pratiques

T2A : Tarification A l'Activité

UE et UI : Unité d'Enseignement et Intégrative

Liste des annexes

Annexe 1 (A1) : Guide d'entretien	p. I - II
Annexe 2 (A2a à A2j) : Situations d'apprentissage par IDE observé	p. III - XXXVII
Annexe 3 : Résumé des situations d'apprentissage	p. XXXVIII - XLVII
Annexe 4 (A4) : Tableau catégoriel	p. XLVIII - LVI
Annexe 5 (A5) : Tableau des classes de situations apprenantes reliées à la SP et variables	p. LVII

Liste des figures, graphiques et tableaux

Figures :

Figure 1 : Grille d'observation

Figure 2 : Guide pour l'analyse des situations dans une perspective de SP

Graphiques :

Graphique 1 : Mobilisation des 10 compétences dans l'activité infirmière

Graphique 2 : Mobilisation de C3, C5 et C9 dans l'activité, en fonction des lieux d'exercice

Graphiques 3 (a à j) : Mobilisation des 10 compétences dans l'activité pour chacun des IDE observés

Graphique 4 : Quantité de situations mobilisant les concepts et éléments théoriques de SP

Graphiques 5 (a,b,c) : Répartition selon les modes d'exercice pour chaque famille de valeurs

Tableaux :

Tableau 1 : Présentation du panel IDE observé et interviewé

Tableau 2 : Mobilisation des 10 compétences dans l'activité infirmière

Tableau 3 : Quantité de situations d'apprentissage repérées pour chaque IDE observé

Tableau 4 : Thématiques des situations repérées pour chaque IDE observé

Tableaux 5 (a à j) : Résumé des situations d'apprentissage pour chaque IDE observé (annexe 3)

Tableau 6 : Autres concepts de SP mobilisables dans l'analyse des situations

Tableau 7 : Conceptions de la santé

Tableau 8 : Conceptions du soin

Tableau 9 : Conceptions de la compétence infirmière

Tableau 10 : Valeurs professionnelles

Tableau 11 : Répartition des familles de valeurs selon le mode d'exercice

Tableau 12 : Représentation des champs d'application de la SP

Tableau 13 : Points de vue sur la pertinence globale de la formation infirmière

Tableau 14 : Points de vue négatifs sur le programme de formation actuel

Tableau 15 : Points de vue positifs sur le programme de formation actuel

Tableau 16 : Souvenirs marquants de la formation en SP

Tableau 17 : Intérêt des enseignements de SP pour la pratique

Tableau 18 : Thématiques des situations d'apprentissages évoquées par les IDE

Tableau 19 : Repérage spontané des situations répertoriées

Tableau 20 : Thématiques des situations repérées spontanément

Tableau 21 : Synthèse des réactions aux propositions du chercheur

Tableau 22 : Occurrence des concepts pragmatissables

Table des matières

Introduction générale	1
Première partie : Problématique	6
1. Origine du questionnement et définition de l'objet d'étude	6
2. La santé publique, une définition complexe au croisement de l'économie, de la sociologie et de l'éthique.....	11
2.1 Des fondements théoriques au carrefour d'une pluralité de disciplines et sous disciplines ..	12
2.2 Approche historique : la santé publique, produit d'une transformation de la société	19
2.3 La santé publique, une conception particulière de l'homme, de la santé et des soins.....	28
2.3.1 L'approche plurielle de la santé et la dimension holiste de la santé publique	29
2.3.2 L'approche collective de la santé et la dimension politique de la santé publique	33
2.3.3 L'approche économique de la santé et la dimension éthique de la santé publique	37
3. Les soins infirmiers et la santé publique : l'évidence d'une rencontre qui ne va, paradoxalement, pas de soi	42
3.1 Approche historique : des pratiques ancrées dans des valeurs et des conceptions religieuses, féminines et sous domination médicale.....	43
3.1.1 La construction d'une profession : encore une histoire sociale.....	43
3.1.2 Les conséquences de cette historicité : une profession au rôle mal délimité, toujours en quête d'identité et d'autonomie	53
3.2 Une formation qui valorise la préparation à l'exercice hospitalier malgré les intentions institutionnelles en faveur de la santé publique qui ont guidé sa construction.....	61
3.2.1 Une définition réglementaire de la profession et de ses spécialités qui intègre la santé publique dans ses principes généraux.....	62
3.2.2 L'intégration de la santé publique et de l'économie de la santé dans l'organisation de la formation en soins infirmiers : une intention plus qu'une réalité.....	67
3.3 Une profession fondée sur des conceptions de soins holistes mais des pratiques fortement influencées par le modèle biomédical	73
3.3.1 Les grands courants de pensée : en théorie, oui, mais en pratique ?	73
3.3.2 Des confusions, des représentations et des conceptions variables pour des pratiques de santé publique isolées, peu visibles, peu lisibles, peu décrites et peu valorisées	80
4. Un système de santé en crise qui invite à interroger la conception de la formation en santé publique des soignants et à développer la recherche infirmière	91
4.1 Une évolution des besoins de santé en tension avec des ressources épuisables et pas toujours adaptées : des politiques en faveur de la prévention	92
4.2 Des transformations impliquant de nouvelles compétences et de nouveaux rôles : une évolution nécessaire du partage des tâches et des modes de collaboration	98

4.3	La pandémie de 2020 ; une expérience collective qui révèle un besoin urgent de dépasser la logique purement sanitaire du soin.....	104
5.	Cadre théorique : une double approche pour pragmatiser la santé publique.....	112
5.1	Une entrée par les situations pour construire des compétences en santé publique qui s'articulent avec l'économie de l'activité soignante : l'apport de la didactique professionnelle	113
5.2	Une entrée par l'activité pour comprendre l'agir professionnel et l'économie du geste soignant : l'apport de la démarche ergologique	127
5.3	Une démarche hybridée pour enquêter sur l'activité infirmière et les situations de santé publique.....	134
5.4	Synthèse de la problématique et formulation des hypothèses de recherche.....	136
	Deuxième partie : enquête	140
6.	Démarche méthodologique.....	140
6.1	Choix de la méthode et des outils.....	142
6.2	Choix des sites et de la population enquêtée	146
6.3	Déroulement de l'enquête.....	150
7.	Analyse des données issues de l'enquête	153
7.1	Analyse des données issues des observations.....	153
7.1.1	Mobilisation des compétences infirmières dans l'activité.....	155
7.1.2	Situations potentielles d'apprentissage.....	163
7.2	Analyse des données issues des entretiens	166
7.2.1	Les conceptions et valeurs professionnelles.....	170
7.2.2	Les représentations professionnelles	191
7.2.3	Perceptions de la formation infirmière initiale	202
7.2.4	Retour sur les observations.....	225
7.2.5	La réflexivité pour l'apprentissage de la santé publique	242
	Troisième partie : synthèse et discussion	253
8.	Synthèse des résultats de l'enquête et vérification des hypothèses	253
9.	Discussion	263
9.1	Les limites de l'enquête.....	263
9.2	La pandémie de covid-19 : limite ou opportunité pour pragmatiser la santé publique ?.....	267
9.3	Construire une ingénierie des compétences en santé publique : les enjeux pour la profession, la formation initiale et continue, et pour les politiques de santé	272
9.4	Mise à l'épreuve des résultats.....	286
	Conclusion générale	290
	Références bibliographiques	297
	Annexes	321

Introduction générale

Dans son discours de conclusion de la journée de lancement du Conseil National de Refondation en santé (CNR santé), François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention a rappelé les fondements éthiques de notre système de santé, en faisant référence à la promesse que l'État français avait faite à ses concitoyens en 1945 : « *la santé sera accessible à tous, sans distinction, pour tous les citoyens de la République* ». Mais aujourd'hui, cet engagement est compromis : « *il faut le dire clairement : l'accès universel à notre système de santé est fragilisé* » (Braun, 2023). Après plus de trois années de crise sanitaire consécutive à la pandémie de covid-19, qui a non seulement révélé massivement mais aussi accentué les inégalités sociales et d'accès à la santé, le système de santé montre des signes d'épuisement et doit être transformé en profondeur afin de pouvoir continuer à assumer sa finalité sociale et tenir cette promesse.

Conjointement, le coronavirus « *a fait surgir au grand jour la dimension collective de la santé humaine, ainsi que les dilemmes éthiques qu'elle peut soulever en termes de liberté, de dignité, de consentement, d'accompagnement individuel et relationnel* » (Denis & Rusch, 2022, p.166). Parmi les dix chantiers prioritaires proposés, en 2022, par le rapport Chauvin pour refonder la Santé Publique (SP), on retrouve, notamment, la question du renforcement de la qualification des professionnels de SP et la recherche en SP, mais il s'agit aussi, et c'est le premier axe suggéré, de « *développer une culture de santé publique en France* » (Chauvin, 2022, p.4), c'est-à-dire promouvoir un nouvel état d'esprit, aussi bien auprès des professionnels de santé qu'auprès de tout citoyen, un modèle qui considère la santé comme une richesse collective constituant aussi bien un droit qu'un devoir envers soi-même et les autres. Dans cette perspective, la SP se présente comme la voie de démocratisation de la santé, l'inscription d'une expérience privée dans un questionnement et une problématique, partagés.

Eu égard au contexte sanitaire et social en tension et aux enjeux pour l'avenir du système de santé et les valeurs républicaines fondamentales qui le sous-tendent, la formation des professionnels de la santé, à fortiori des infirmiers numériquement majoritaires, doit être questionnée afin de s'adapter aux évolutions des besoins de la population : augmentation des maladies chroniques et de la dépendance, accélération du vieillissement, inégalités sociales d'accès à la santé et déserts médicaux, impliquant une démarche de rationalisation de la santé, intéressant autant les pouvoirs publics que chaque citoyen dans son rapport à sa santé et à celle des autres. Dès lors, « *les acteurs de la santé publique doivent réaffirmer leurs valeurs* » (SFSP,

2020 p.5) et occuper pleinement la place qui est la leur dans cette ambition nationale que doit incarner la SP.

La formation conduisant au *diplôme d'État d'infirmier* est une formation professionnelle dite en « *alternance* ». Elle articule des périodes d'enseignements académiques et des périodes de stages cliniques dans les différents milieux professionnels de la santé. Si elle s'intègre au sein de l'Université en 2019, sa mécanique conserve une visée *professionnalisante* : elle permet le développement de *compétences*, dans une perspective professionnelle. Le programme de formation de 2009 conçoit la compétence comme « *une capacité d'action efficace face à une famille de situations qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes* » (Perrenoud, 1999). Elle est la combinaison d'un savoir agir et de ressources multiples (savoirs, savoir-faire, qualités personnelles, ...) et est étroitement liée à la situation de travail dans laquelle elle est mise en œuvre, à ses contextes micro et macrosocial et à sa complexité. Elle se dévoile sous deux facettes complémentaires selon l'auxiliaire avec lequel on la conjugue : *avoir des compétences*, c'est posséder des ressources mais *être compétent*, c'est savoir les utiliser avec pertinence en situation (Le Boterf, 2010). Dès lors, être un infirmier compétent implique d'avoir des compétences (les 10 compétences de base du référentiel de 2009) mais ne s'y réduit pas ; il s'agit en plus, de savoir porter un jugement approprié aux situations, d'être en mesure de les analyser avec efficacité pour faire des choix adaptés. « *En reliant ce que l'on sait et ce que l'on fait, la compétence s'interprète tantôt en insistant sur le savoir, comme un ensemble de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées au contexte (savoir, savoir-faire, savoir-être), tantôt en rappelant l'action, comme la combinaison d'un savoir-agir, vouloir-agir et pouvoir-agir* » (Le Boterf, cité par Durrive, 2020, p.82). Le travail quotidien de l'infirmier suppose de comprendre des situations humaines toujours singulières, de les décortiquer, pour appréhender les difficultés et les complications potentielles, de proposer des projets de soins répondant aux besoins des personnes ou des groupes qu'il prend en charge, et évaluer l'efficacité des actions mises en œuvre. Ainsi, la compétence infirmière se forme « *bien sûr avec l'apport de connaissances, mais aussi avec l'acquisition de valeurs, d'habiletés psychomotrices, relationnelles, organisationnelles, techniques, de capacité de décision, de gestion de ses émotions, en somme, d'évolution personnelle, alimentée par la richesse de l'expérience* » (Phaneuf, 2006).

La formation repose donc d'une part, sur la mobilisation en stage, de savoirs théoriques acquis à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et d'autre part, sur la construction d'un savoir-agir et de connaissances pratiques, acquis par l'expérience. Ces savoirs d'action, qu'ils

soient produits par l'intégration des savoirs académiques à travers l'activité, ou directement produits par elle, sont ensuite explicités et formalisés en IFSI grâce à des méthodes réflexives (analyse de la pratique professionnelle, simulation, entretien d'explicitation, mémoire de fin d'études...). Il s'agit alors de mettre en mots et en liens les *savoirs cachés* dans l'expérience des étudiants pour les transformer ensuite en compétences. La formation ainsi conçue est un dialogue entre deux territoires d'apprentissages complémentaires, représentés par l'IFSI et les lieux de stages. Ce dispositif implique un maillage harmonieux des savoirs acquis dans chacun des contextes d'apprentissage et une mise en évidence de leurs croisements dans l'activité infirmière.

En ce qui concerne la formation en SP, c'est peut-être à cet endroit même que se situe l'un des principaux points d'achoppement : pour un ensemble de raisons que nous détaillerons, elle reste globalement extérieure aux pratiques professionnelles et ne permet donc pas d'associer les savoirs qui y sont reliés à des activités ou situations observables en stage et donc de construire des compétences. Ici, formation théorique et clinique se juxtaposent sans se croiser réellement et les étudiants ne parviennent pas à identifier les situations dans lesquelles ils pourraient mobiliser les ressources conceptuelles pour les transformer en savoirs d'action. Pourtant, l'implication de la SP dans l'activité – et donc dans la formation des professionnels - semble s'imposer comme une urgence.

Si la finalité de la formation infirmière est de former des sujets capables d'agir en situation pour répondre aux besoins du système de santé, l'expression de cette efficacité dépasse alors largement le cadre de la compétence en situation de soins curatifs. Ses enjeux se prolongent dans les sphères sociales et économiques : prévenir plutôt que guérir, garantir le droit à la santé et à la protection sociale, contribuer à la réduction des inégalités et à la maîtrise des budgets de la santé et des pénuries de moyens humains et techniques..., elle doit préparer les futurs professionnels à être des acteurs engagés dans un système en mutation.

En effet, la profession comme la formation doivent répondre à des attentes très fortes en termes de politiques publiques et s'adapter à un ensemble de contraintes émanant d'un environnement normateur. Ainsi on a d'un côté, une profession extrêmement réglementée et régulée (Code de la Santé Publique (CSP), Code de Déontologie, Nomenclature des Gestes et Soins Professionnels (NGAP) ...), dont l'activité s'organise dans un cadre tutélaire et institutionnel exerçant des influences multiples (Ministère, Agence Régionale de Santé (ARS), Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), ordres et établissements de soins...). D'un autre côté, on a un système de formation mixte qui repose à la fois sur des méthodes d'apprentissage expérientiel, privilégiant le vécu des apprenants et sur une *pédagogie par objectifs*

essentiellement centrée sur l'acquisition de compétences exécutives en lien avec le travail prescrit (référentiels de compétences, d'activités, de bonnes pratiques, evidence based nursing, procédures, protocoles...). Le programme est alors majoritairement conçu selon une logique d'ingénierie de formation où les apprentissages sont organisés de sorte à faire correspondre des contenus à apprendre aux besoins du travail normé. Cette emprise du référentiel présente donc l'inconvénient de se limiter, le plus souvent, à la prescription et de négliger l'activité réelle du sujet en situation de travail et d'apprentissage.

Dans ce type de pédagogie, les savoirs et savoir-faire à caractère prescriptif sont valorisés au détriment des savoirs d'ajustement et d'adaptation construits en cours d'action. L'exécution parfaite de la tâche est alors, à la fois, la finalité et le cadre de référence de l'analyse tandis que l'activité dans sa globalité est souvent négligée. Pourtant, « *il y a toujours plus dans l'activité que dans la tâche prescrite* » (Pastré, 2015, p. 35). Les raisons d'agir, les choix opérés et les options placées en tension par les acteurs sont rarement explicités alors qu'ils sont au cœur du travail infirmier. Comment l'infirmier raisonne-t-il pour résoudre les problèmes de SP auxquels il est confronté ? Qu'est-ce qui influence ses priorités, ses décisions, comment les prend-il ? Quels sont les facteurs, les valeurs qui influencent son jugement et ses actions ? Comment apprend-il la SP en situation ? Comment développe-t-il ses compétences en SP ? Quel est son rapport à la SP et à la formation en SP ? Comment devient-il un professionnel compétent au sens des politiques contemporaines de santé ? Car, en effet, « *être compétent, c'est tirer parti de l'environnement, gérer les rapports d'anticipation et de rencontre en fonction de valeurs* » (Schwartz & Durrive, 2003, p. 85), autrement dit s'adapter et se développer en permanence.

À partir de l'expérience d'un problème didactique rencontré dans le cadre de nos activités d'enseignement en tant que cadre de santé formateur en IFSI, notre travail de recherche en sciences de l'éducation et de la formation vise à répondre à la question suivante :

Comment pragmatiser la SP dans les enseignements et leur donner du sens dans une perspective professionnelle pour former des IDE impliqués dans leurs missions de SP ?

En effet, dans le contexte sanitaire et social qui entoure notre réflexion, éducation et santé semblent être devenues indissociables, cette rencontre constitue alors un nouveau terrain de recherche, aussi bien dans le domaine des pratiques de soins que dans celui des pratiques de formation.

« Si pour les acteurs de santé, l'introduction d'une dimension éducative ou formative dans l'activité de soin suppose de faire appel à d'autres corpus de connaissances que ceux relevant strictement du domaine de la médecine ou de la biologie, c'est l'occasion pour la recherche en SEF de soulever des questions à la fois théoriques, méthodologiques et épistémologiques en s'emparant de l'émergence de nouvelles problématiques ou formes d'activité » (Thievenaz, 2021, p.386).

Dans une première partie, nous développerons notre question de départ en exposant les constats professionnels qui ont initié notre réflexion et l'analyse préliminaire que nous en avons faite. Nous définirons notre objet d'étude dans une perspective pluridisciplinaire et notamment dans ses dimensions historique et sociale à travers une exploration de l'histoire de la SP et de celle des infirmières et mettrons en évidence une opportunité de rencontre contemporaine qui n'est finalement pas si manifeste. Nous poursuivrons notre problématisation en montrant la pertinence de notre questionnement dans le contexte sanitaire et social qui est le nôtre et ses enjeux pour le système de santé. Pour clore ce premier chapitre, nous formulerons nos hypothèses de recherche à la lumière de notre cadre théorique sous le double ancrage d'une démarche de didactique professionnelle (DP) et d'ergologie.

Dans la deuxième partie de notre recherche, nous proposerons une enquête qualitative combinant observations et entretiens et qui repose sur une démarche d'analyse de l'activité. L'objectif est de savoir si le milieu des soins généraux offre des perspectives d'apprentissage pour la SP et de connaître le rapport à la SP des IDE y exerçant.

La synthèse des résultats que nous proposerons dans la troisième partie permettra de mettre en évidence la *structure conceptuelle des situations* de SP dans le milieu des soins généraux et la manière dont *les caractéristiques des situations* y agissent. Nous pourrions alors proposer un modèle d'analyse des situations qui intègre les dimensions macro et méso sociales du soin, incarnées par la SP et qui interroge les valeurs qui déterminent les choix et donc l'activité.

Nous proposerons enfin de mettre certains de nos résultats en discussion, notamment les limites de notre travail, et d'évoquer les perspectives professionnelles et politiques qu'ils suggèrent, particulièrement en termes d'évolutions pour la profession et d'ingénierie de formation.

L'approche anthropologique (Pastré, 2015) que nous présenterons comporte une dimension humaniste qui considère que tout homme au travail est un sujet en développement potentiel, auteur de ses choix, libre de ses pensées et contributeur d'un savoir collectif dont il n'a pas toujours conscience. Elle comporte l'avantage de produire des savoirs professionnels transmissibles et transformables par l'intersubjectivité et donc d'encourager la construction d'une identité professionnelle infirmière à partir de l'activité humaine des infirmiers ; une opportunité de développer une culture de la SP dans la profession infirmière.

Première partie : Problématique

Notre questionnement de départ s'inscrit dans la continuité d'une réflexion professionnelle à propos d'un problème didactique rencontré pour les enseignements de SP en formation infirmière. Après avoir exposé synthétiquement l'expérience qui a initié ce questionnement, et pour bien comprendre la nature, le contexte et la complexité du problème que nous soulevons, nous en proposons, dans un premier temps, une exploration pluridisciplinaire. Nous croiserons ses racines historiques et sociales, sa saillance en contexte de crise du système de santé et balayerons ensuite les enjeux sanitaires et sociaux qu'il implique, particulièrement pour la formation des professionnels de la santé. Dans un second temps, nous exposerons le cadre théorique qui sous-tendra l'enquête proposée en deuxième partie de ce travail et sur lequel nous nous appuierons pour formuler notre question de recherche et argumenter les hypothèses.

1. Origine du questionnement et définition de l'objet d'étude

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1988, la SP est « *un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé* ».

Dans le programme de formation infirmière de 2009, la SP est enseignée sous la forme d'une discipline et les Unités d'Enseignement (UE) 1.2: « *Santé publique et économie de la santé* » et 4.6 : « *Soins éducatifs et préventifs* » constituent les fondations théoriques nécessaires à la construction de la compétence 5 (C5) : « *Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* ». Ces UE visent à sensibiliser l'étudiant à son rôle d'acteur de SP, à lui permettre de se situer dans l'organisation générale de l'offre de soins et à s'approprier les concepts fondateurs de ce nouveau paradigme.

Au sein de notre IFSI et sur plusieurs années consécutives, les résultats aux évaluations de ces UE sont plutôt décevants. Les bilans effectués en fin de période d'enseignement montrent que les étudiants (ESI) n'arrivent pas à transférer les savoirs qui y sont associés dans une perspective professionnelle. On observe, par exemple, une résistance à certains travaux dirigés (TD), comme l'exploration des concepts ou des chartes et textes réglementaires. Les notions en lien avec l'économie de la santé (ES) qui semblent entrer en conflit avec les valeurs altruistes portées

historiquement par la profession (gratuité, charité, empathie...) font l'objet d'un rejet plus ou moins déclaré et, d'une manière générale, les enseignements de SP sont perçus majoritairement de manière négative : « *je ne suis pas sûre que dans la pratique on utilise beaucoup de santé publique, tout dépendra du domaine* » ; « *le cours sur l'économie de la santé a beaucoup été contradictoire avec le reste des enseignements de santé publique dans le sens où l'économie de la santé est plus centrée sur l'aspect financier que sur la personne (le patient)* »¹. Cette rencontre difficile avec l'ES, qui n'est pas la SP mais une de ses dimensions, est renforcée par l'attitude générale qu'adoptent les professionnels de la santé que les étudiants croisent en stage, vis-à-vis de tout ce qui touche à l'aspect financier des soins. Les étudiants les entendent souvent se plaindre des contraintes économiques et des restrictions budgétaires mais on ne leur explique que rarement la dimension économique du soin dans une perspective éthique. La volonté croissante de rationaliser le soin a conduit à une augmentation de la charge et des conditions de travail avec davantage de contrôle (Jeamet, 2022). La mise en place de la T2A a impacté l'activité et les représentations que les soignants ont de l'économie de la santé. À domicile, le fait que les soins relationnels et éducatifs ne soient pas tarifés ou trop faiblement estimés, nuit aux soins relevant du rôle propre (Cristofalo & Dariel, 2021).

Globalement, ces 2 UE sont craintes, notamment parce que la réussite à l'épreuve de l'UE 1.2.S2, comme pour toutes les UE de 1^è année, conditionne le passage en 3^è année à la fin de la 2^è année de formation. Or un nombre considérable d'étudiants ne parvient pas à la valider du premier coup et a besoin de 2, 3 voire 4 sessions ou plus, pour y parvenir. L'enjeu est donc de taille pour une UE dont les ECTS² sont réputés très difficiles à obtenir. Les actions concrètes de SP menées en semestre 4 dans le cadre du service sanitaire, dont nous définirons les contours plus loin, arrivent tard dans le parcours de formation et les étudiants les considèrent plus comme une expérience spécifique, hors des sentiers battus et surtout éloignée de leurs préoccupations et de leurs centres d'intérêts à ce stade de leurs apprentissages. Elles sont souvent appréciées mais surtout parce qu'elles représentent une modalité d'évaluation plus souple, parfois ludique et non parce qu'elles constituent à leurs yeux un enjeu professionnel réel. Tout se passe comme si le raisonnement clinique était déjà enfermé dans un schéma et des habitus micro analytiques dès la 1^è année, la démarche de soins appliquée à une population étant jugée « en marge » des pratiques usuelles.

¹ Propos tenus par un étudiant de la promotion 2017/2020 dans le bilan de fin d'UE au printemps 2018

² European Credits Transfer System

La première approche du problème s'est appuyée sur l'analyse des bilans d'UE de 3 promotions entre 2018 et 2020 et sur des échanges avec les étudiants, sous différentes formes, durant ces 3 années consécutives. Elle a montré que la difficulté résidait, en partie, dans la valeur qu'ils accordaient à ce type de savoirs, mais aussi et surtout, que les professionnels qui les encadrent en stage leur allouaient et, in fine, dans la transmission des valeurs professionnelles. En effet, si les étudiants ne parviennent pas à établir des liens entre théorie et pratique, c'est parce que la SP n'est pas directement observable dans l'*agir* de leurs tuteurs : la pratique préventive et éducative est très peu décrite et formalisée lors des stages et l'acquisition progressive de C5 est peu évaluée. Sur le rapport de stage et le portfolio des étudiants, les cases « non mobilisé » sont souvent cochées pour la C5 qui se réfère donc davantage à des intentions institutionnelles qu'à des activités circonscrites et observables. Plus largement les « compétences cœur de métier » - les soins relationnels, la démarche de projet, d'accompagnement ou de formation et toutes les activités en lien avec le rôle propre semblent soulever le même manque de valorisation.

Dans la formation en soins infirmiers, la SP n'est pas considérée comme une *approche technique* (Benhamou-Levillain, 2004), elle fonctionne comme une discipline qui souffre de son extériorité et d'un manque d'ancrage par rapport aux gestes professionnels courants et valorisés. Pour autant, aurait-elle davantage sa place dans les situations professionnelles que dans les disciplines ? En effet, l'action préventive est enracinée dans ce que révèle la situation à condition de savoir établir les liens structurants et significatifs (Collière, 1990). En quoi la dimension économique peut-elle être rendue intéressante par l'analyse de ces situations ? C'est majoritairement dans des services de type hospitaliers, que les étudiants en soins infirmiers réalisent la plupart de leurs stages cliniques, construisent leurs compétences et se professionnalisent, pourtant, les perceptions de la SP y sont particulièrement restrictives (Pommier et al., 2004). Si elles relèvent parfois du rôle propre, les activités quotidiennes des infirmiers travaillant en soins généraux, s'organisent le plus souvent dans la continuité et les besoins engendrés par la pratique médicale (Broutelle, 2009): administration des thérapeutiques et surveillance de leur efficacité ou de leurs effets secondaires, soins de plaies ou d'appareillages, surveillance de l'évolution de l'état clinique du patient, organisation générale des soins (admissions, départs, planification des activités de travail...), coordination avec l'équipe pluridisciplinaire ou gestion des stocks de médicaments et de matériel médical... Malgré leur autonomie dans la prise de décisions et leur mise en œuvre, le raisonnement qui guide l'action des infirmiers de soins généraux s'inscrit la plupart du temps, particulièrement à l'hôpital, dans le prolongement de la prise en charge des problèmes médicaux (Feroni & Kober,

1995). Ainsi, la pratique infirmière doit composer avec la réalité du contexte du patient, y compris à l'échelle macrosociale, tandis que les pratiques médicales qui déterminent l'organisation des soins apparaissent, finalement, beaucoup plus hors sol en regard des besoins autres que biophysiques. Les prescriptions du corps médical, sont en faveur d'une santé à tous les prix, expression de son savoir et de son pouvoir légitimant l'arbitrage des priorités par, le plus souvent pour, les soignants. Cet ensemble coordonné de « tâches techniques » constitue alors la partie observable de l'activité infirmière : elle est explicite, mesurable et peut être décrite simplement. Elle s'adosse à des savoirs, savoir-faire et savoirs méthodologiques formalisés et hautement valorisés à une multitude de points de vue : celui du corps médical, de l'encadrement, des financeurs et du personnel soignant lui-même (Véga, 1997). On peut citer sans être exhaustif, les mécanismes physiopathologiques, la pharmacologie, les techniques de soins ou, dans une certaine mesure, le raisonnement clinique, lorsqu'il est formalisé dans les outils de traçabilité sur lesquels s'appuie l'évaluation de la charge en soins.

Durant les stages, les étudiants vont construire leurs compétences autour de ce modèle de référence et concentrer leur attention sur l'axe curatif de la prise en charge, le « *cure* ». Leur encadrement et l'évaluation de l'acquisition de leurs compétences ou de leur progression dans la professionnalisation sont eux-mêmes pensés selon une logique médicale : on attend d'eux par exemple qu'ils établissent des liens entre les processus pathologiques et les complications réelles ou potentielles liées à la maladie et aux traitements, qu'ils exécutent les soins avec dextérité et asepsie selon des règles validées bio-médicalement et qu'ils soient capables de planifier leurs interventions avec logique et rigueur. Dans cette perspective, les liens avec les enseignements théoriques sont relativement simples à établir et les étudiants sont régulièrement invités à les expliciter auprès de leurs tuteurs ou dans le cadre des analyses de situations et des évaluations à l'IFSI. Lors de la formation théorique, les étudiants privilégient donc les connaissances biomédicales parce qu'elles leur apparaissent utiles dans le concret de l'exercice professionnel : elles sont structurantes dans la mesure où elles permettent d'établir des liens entre théorie et pratique et de donner du sens aux actions, tout en étant rassurantes parce que constitutives d'un modèle dominant, identifiable, et au sein duquel l'infirmier s'inscrit dans l'organisation et la division du travail hospitalier.

Les autres connaissances fondant des activités moins visibles à l'hôpital, dont celles en lien avec la SP, l'économie de la santé et les soins éducatifs, sont considérées comme théoriques et secondaires. Pour les étudiants, et les professionnels, seule une minorité d'infirmiers « spécialisés en santé publique » (santé scolaire, santé au travail...) peut avoir l'opportunité de

les mobiliser. Elles sont parfois jugées inutiles, et donc souvent négligées (Pommier et al., 2004). Pourtant, l'agir infirmier fondamentalement soignant, *le care*, comporte aussi un acte moins perceptible, relevant d'un savoir-être et d'une intention beaucoup plus difficiles à observer dans les pratiques. Cet acte non visible, le plus souvent non-dit, est souvent négligé (Rothier Bautzer, 2013) ; il n'apparaît jamais de manière explicite dans les outils de programmation ou de traçabilité des soins : lorsqu'un infirmier a fait preuve d'empathie et de pédagogie pour expliquer l'importance du respect de l'observance et de la surveillance du traitement lors de la remise des ordonnances de sortie à un patient, il ne le formalise pas dans les transmissions écrites. A fortiori, il ne le précise pas non plus lors des transmissions orales ou lorsqu'il encadre un étudiant. De même, lorsqu'il demande au patient si un proche peut venir le chercher, plutôt que de contacter d'emblée une ambulance pour le ramener à son domicile, il ne précisera pas à ce même étudiant qui l'observe, que son choix est orienté par un souci d'économie et de protection du système de santé dont il se sent acteur. En a-t-il lui-même conscience ou applique-t-il simplement une procédure dont il n'invitera pas l'étudiant à interroger le sens ? « *Les agents estiment que le service public qu'ils rendent ne doit pas être entaché de préoccupations d'honoraires* » (Peneff, 2005, p.117).

Nous postulons que l'acte éducatif, intrinsèquement relié à l'acte relationnel et à la dimension éthique du soin et plus largement à la SP, est au cœur de cet agir subtil qui repose sur des schémas réflexifs inconscients et des savoirs expérientiels et empiriques, pour ne pas dire profanes. Existe-t-il un moyen de décrire cet acte éducatif, de décoder cette intention préventive ou de mesurer sa valeur ? Quels sont les domaines du soin et les situations professionnelles où la SP pourrait-être davantage lisible ? Peut-on retrouver les traces d'une activité de SP dans la pratique des infirmiers de soins généraux et si oui, peut-on faire parler leur activité pour mettre la SP en mots et en actes ? Nous pensons en effet que mettre en mots l'ensemble de ces actes, les expliciter, est nécessaire pour pouvoir donner du signifiant professionnel aux enseignements théoriques de SP : autrement dit, que les savoirs cachés dans l'agir et l'expérience du *care* peuvent être formalisés à partir de la description de l'activité des infirmiers et des situations professionnelles qu'ils rencontrent.

L'exercice infirmier est extrêmement encadré, normé et structuré dans des organisations le plus souvent institutionnelles qui les contraignent à faire en permanence des arbitrages et des choix et donc à prioriser un certain nombre d'activités au détriment d'autres. Quelles sont les représentations, les débats de valeurs et les normes qui sous-tendent cet agir et comment leur

donner une valeur par la formation ? Faire expliciter cet acte aux étudiants eux-mêmes et les y accompagner pourrait-il être un moyen de le promouvoir et de le valoriser ? Enfin, comment aborder la dimension et les enjeux économiques de la prévention dans l'apprentissage de la pédagogie infirmière pour former des professionnels impliqués dans les politiques de santé publique ? En effet, les orientations des politiques de santé pour la période 2018-2022 vont dans le sens d'une plus grande considération du volet prévention dans les formations du personnel de santé, il apparaît dès lors, nécessaire de construire un dispositif pédagogique qui permette aux étudiants d'intégrer la SP comme constitutive du cœur de la profession.

Pour y parvenir, il faut d'abord formaliser les activités de SP et se donner les moyens conceptuels et pratiques de changer les représentations des étudiants. Il s'agit de dépasser le modèle biomédical, pour un modèle centré sur la plus-value infirmière dont le volet préventif est le cœur. Pour créer du sens dans la formation en SP, motiver les étudiants à être acteurs et promoteurs du changement et qu'ils conservent cette dynamique lorsqu'ils deviendront professionnels, pour qu'ils dispensent aux stagiaires un enseignement clinique intégrant la SP, il convient d'outiller le « terrain », d'abord, et les centres de formation, ensuite. La mise en synergie de leurs efforts dans ce projet est la première condition de la réussite de cette évolution. C'est le moment de réinterroger les fondements de l'art infirmier et de décrire les pratiques notamment les pratiques de SP.

2. La santé publique, une définition complexe au croisement de l'économie, de la sociologie et de l'éthique

Pour comprendre les enjeux et les perspectives de la mutation que nous visons à travers notre recherche, nous proposons une approche pluridisciplinaire du problème, croisant le regard des sciences de l'éducation et de la formation avec les dimensions historiques, sociologiques, économiques et éthiques de la santé publique et avec les éléments de contexte dans lesquels évolue la profession infirmière. Il s'agira alors, de situer l'agir en SP, non réductible à sa seule expression sur le terrain du travail, dans une réalité macrosociale complexe, particulièrement dans un contexte de crise sanitaire où la pérennité du système de financement de la santé et toute son organisation sont menacées et qui implique des réformes profondes.

2.1 Des fondements théoriques au carrefour d'une pluralité de disciplines et sous disciplines

Le premier obstacle, lorsqu'il s'agit de parler de santé publique, à fortiori de l'enseigner et d'accompagner sa compréhension, est de pouvoir la définir de façon suffisamment précise, sans empiéter sur les champs des nombreux concepts, disciplines et sous-disciplines avec lesquels elle est en rapport et donc, sans risquer de générer des confusions et des angoisses :

« *En fait, l'appendice « santé publique » est flou, situé en dehors de la fosse iliaque de la santé* » (Aromataro, 2004 p. 353). Il appréhende l'homme et sa santé dans une vision très globale, différente des manières traditionnelles de réfléchir le soin.

Pour commencer, il n'existe pas de définition universelle, l'expression renvoyant elle-même, à la confrontation de deux termes délicats à appréhender et qu'a priori, tout oppose : la *santé*, ordinairement expérience singulière, dont les représentations sociales varient en fonction des cultures et des classes socio-économiques - et sa projection *publique* dans un vaste système institutionnel et normatif qui fait, non seulement référence à une mission de l'État, mais également à l'idée de bien commun, c'est-à-dire à des individus en relation qui partagent des ressources sanitaires, sociales ou éducatives ainsi que des espaces et un environnement : une forme de *citoyenneté responsable* (Oris & Neven, 1996). Ainsi, la SP n'est pas seulement l'affaire des professionnels de la santé et du secteur social ou celle d'un État, ou d'une collectivité bien délimitée, elle concerne tous les individus et dans le monde entier.

Le plus souvent en formation, il s'agit donc d'abord, de faire prendre conscience du rapport citoyen à la SP, et d'accompagner ensuite, le développement d'une posture professionnelle autrement dit de transformer des représentations sociales variées en véritables connaissances faisant sens à titre individuel et professionnel.

En présentant la SP à la fois comme une fin, un moyen et une méthode, la définition proposée par l'OMS conduit à un second niveau de difficulté pour bien la circonscrire. En effet, trois dimensions indissociablement liées peuvent y être identifiées (Morelle & Tabuteau, 2017) : elle est d'abord un objectif ou une finalité politique, à savoir préserver et améliorer l'état de santé d'une population sur un territoire donné. En ce sens, penser la SP implique un questionnement sur la valeur et les droits de l'humain ainsi qu'une réflexion professionnelle sur les problèmes de santé émergents et les enjeux économiques et éthiques qui en découlent : « *la santé publique est naturellement éthique puisqu'elle vise le bien de la population* » (Gravel et al., 2010, [8]). Mais cette dimension est loin d'être évidente à appréhender, c'est ce qu'a largement démontré l'expérience de la pandémie de covid-19 de 2020 où les mesures de limitations et restrictions

d'intérêt public se sont heurtées aux principes de libertés individuelles les plus précieuses : liberté de circuler, de vendre et de consommer, d'étudier, de travailler, de se vêtir, de voyager et même de voir ses proches...

Mais la SP est aussi un *moyen* ou une *politique publique*, c'est-à-dire un ensemble cohérent d'institutions et d'administrations articulées en mesures, réglementations, lois et recommandations, pour atteindre des objectifs sanitaires et économiques. Pour la concevoir selon ce deuxième axe, il faut connaître l'organisation, le fonctionnement et le financement du *système de santé* et de *l'offre de soins* (des *établissements de soins publics et privés*, des *réseaux et filières de santé*, des *soins de première ligne*, de la *permanence des soins*...) et comprendre le principe d'élaboration d'une *politique de santé* et de sa mise en œuvre.

Il faut également pouvoir saisir l'architecture institutionnelle, les missions et les relations entre les instances, les agences et les organismes de santé décisionnaires, consultatifs ou de mise en œuvre, selon leurs différents niveaux stratégiques - *national* (Ministère et toutes ses Directions et Sous Directions, Haut Conseil de SP (HCSP), Haute Autorité de Santé (HAS) Conférence Nationale de Santé (CNS)...) - ou *décentralisé* (Agences Régionales de Santé (ARS), Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)...). En ce qui concerne cette organisation, l'exercice le plus difficile est de parvenir à mémoriser tous les noms et acronymes et leurs interactions dans la participation aux missions de la SP. La tâche est encore plus fastidieuse pour l'organisation territoriale et le rôle des communes, qui ont tendance à être confondus avec le concept de *santé communautaire*. Le fait est que dans la pratique, ce sont souvent des actions ou des approches de santé communautaire que proposent les organismes locaux, par exemple dans le cadre des *Contrats Locaux de Santé* (CLS). Cette seconde approche implique enfin de comprendre les principes de *priorisation*, de *planification* et de *démocratie sanitaire*, et surtout d'envisager la SP dans des perspectives bien plus larges que sa simple expression sanitaire.

Il s'agit aussi de s'intéresser aux politiques sociales, de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, du travail, de l'environnement... En effet, ne se résumant pas à l'absence de maladie, mais comportant les notions de bien être psychologique, social et de réalisation de soi, la santé se voit conditionnée par le droit au logement, au travail, à une éducation de qualité ... Dans cette perspective, pour comprendre la SP, il faut non seulement connaître et saisir les principes de protection, d'aide et de sécurité sociale et pouvoir se repérer dans les différents organismes mais également identifier leurs liens avec les principes généraux de droits, d'égalité et de solidarité.

En troisième lieu, la SP est un *mode de raisonnement* ou une *démarche intellectuelle* pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle dont l'épidémiologie est fondatrice, in fine, elle est un *état- d'esprit* (Dozon & Fassin, 2001). A ce titre, elle devrait façonner les dispositions des professionnels de la santé à appréhender le soin dans sa dimension publique. Sous cet angle, il est nécessaire de comprendre le principe, l'intérêt et le rôle de chaque discipline dans la démarche de santé publique et l'élaboration des politiques de santé. Il s'agira de pouvoir faire des liens entre des phénomènes épidémiologiques, démographiques, économiques, environnementaux, sociologiques, anthropologiques, historiques... et les décisions de priorisation sanitaire, d'organisation de l'offre de soin ou de répartition des ressources économiques et humaines. S'initier à la SP ne se limite donc pas explorer un concept mais à acquérir « *un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes* » (Bourdillon et al., 2016, p.4).

Si, tout comme celle de l'OMS, cette dernière définition éclaire bien les ambitions de la SP, elle reste tout de même très floue sur les pratiques et les savoirs qui y sont associés. Pour la compléter et envisager le champ d'étude et d'actions de la SP dans son ensemble, il convient de s'appuyer, tout comme le recommande l'OMS, sur les 9 Fonctions Essentielles de la Santé Publique (FESP) (Bettcher et al., 1998). D'abord *la prévention, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles* : lutte contre les épidémies et vaccination, suivi des maladies et prévention des accidents. Ensuite *la surveillance sanitaire* : épidémiologie, étude des déterminants de santé, des risques et des besoins de la population. En troisième lieu *l'évaluation du système de santé, des politiques et actions de prévention et de promotion de la santé*. Puis *la promotion de la santé* : information et éducation à la santé, actions communautaires, suivie de *la santé au travail* et de *la protection de l'environnement*. Arrivent ensuite *la législation et la réglementation en matière de prévention* et *la gestion de la santé publique* : planification et organisation sanitaires, formulation de politiques de santé fondées sur la science, recherche et collaboration internationale. Enfin, la dernière est d'assurer des *missions et services spécifiques* : santé scolaire, médecine d'urgence et de catastrophe, laboratoires de santé publique. Les FESP « *offrent ainsi un cadre de référence dans lequel une grande variété de métiers et de disciplines scientifiques peuvent identifier leur contribution particulière* » (Pommier & Grimaud, 2007, p.513) ; malheureusement ce cadre est si vaste que les infirmiers ont du mal à y reconnaître leur rôle et leur place et ont tendance à limiter leur

champ de contribution à celui qu'ils comprennent le mieux, à savoir celui de la prévention³. En effet, le concept de prévention est mobilisé dès le début de la formation infirmière ; dans le cadre des enseignements du raisonnement clinique et de l'élaboration du projet de soins pour commencer et où il s'agit d'identifier des problèmes potentiels ou réels et de mettre en œuvre des actions en vue de les prévenir ou de les corriger.

Ensuite, dans les UE en rapport avec les processus pathologiques, une partie des enseignements, souvent organisée en TD, est consacrée à l'identification, par pathologies, des complications potentielles prévalentes et à leurs facteurs de risques ainsi qu'aux soins infirmiers visant à les prévenir. De même, en formation clinique et plus tard en tant que professionnels, les infirmiers mettent en œuvre des actions de prévention observables et évaluables dans le cadre de leurs activités quotidiennes : prévention des escarres, des troubles thromboemboliques, des infections, des chutes...

Mais si on se réfère aux FESP, la SP ne se limite pas à la prévention et, partant, le rôle infirmier non plus, il se déploie dans la transversalité de ses champs d'action. Pour le comprendre et construire les compétences nécessaires, il faut donc être capable d'articuler entre eux un grand nombre de savoirs, souvent totalement nouveaux et issus de disciplines variées. Ainsi, il est primordial de connaître les grands principes de l'épidémiologie, ses différentes fonctions (descriptive, analytique, évaluative), les outils et démarches qu'elle utilise (indicateurs de santé, statistiques ...) ainsi que ses liens avec d'autres sciences contributives : démographie, géographie, écologie, infectiologie, anthropologie... Il s'agit de comprendre ce que sont les *déterminants de santé* et l'influence des *inégalités* sur la santé, qu'elles soient économiques, sociales, environnementales, politiques...

Cela suppose la compréhension *des mécanismes producteurs d'inégalités de santé* et donc d'avoir *une connaissance plus approfondie des théories sociales contemporaines* (Colin et al., 2004, p.182). Il faut ensuite être capable, de comprendre les principes, l'organisation et le fonctionnement de la *veille sanitaire*, le rôle et les missions des différentes agences de sécurité sanitaire nationales et leurs relations avec les organismes internationaux : OMS, Union Européenne, Organisation Non Gouvernementale (ONG) et associations reconnues d'utilité publique internationales ou organes spécifiques de l'Organisation des Nations Unies (ONU)...

³ Même si elle se limite souvent à ses niveaux, secondaire (prévenir les formes graves et irréversibles en dépistant précocement les signes de la maladie) et tertiaire (prévenir les complications chroniques et les récidives chez les personnes déjà malades). La prévention primaire (agir sur les facteurs de risques pour éviter la survenue des maladies, handicaps et accidents) est elle aussi entendue comme partie prenante des missions infirmières mais se voit généralement réservée aux infirmiers dont l'activité principale est justement la prévention (IDE scolaire, de santé au travail, en PMI...).

En effet, la SP ne s'envisage pas seulement à l'échelle nationale, elle nécessite de se projeter dans une dynamique européenne et mondiale et d'intégrer les principes fondateurs des textes et engagements internationaux en matière de santé et de droits fondamentaux : la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (OMS, 1948), la *Conférence d'Alma Ata*, (1978), la *Charte d'Ottawa* (1986) qui définit et vise la promotion de la santé dans le monde... ou plus récentes, la *Charte de Bangkok* (2005), qui situe l'action de promotion de la santé dans un contexte de mondialisation et d'un nécessaire travail en synergie des nations, notamment en termes de protection de l'environnement et la *Déclaration d'Adélaïde* (2010), qui vise l'équité dans la promotion du développement humain et durable par une implication de tous les partenaires sociaux, industriels, économiques, des transports ou commerçants... L'étude de ces fondations et textes est un exercice pédagogique difficile, souvent laborieux et mal vécu par les étudiants qui en oublient les objectifs et le sens. Il en est de même pour l'analyse des plans gouvernementaux et régionaux de SP qui sont pourtant plus concrets et la présentent en actions.

Par ailleurs, la démarche de SP est un processus continu alternant des phases d'observation et d'analyse de situations ou problèmes, des phases de mise en œuvre d'actions visant à améliorer ces situations ou à résoudre ces problèmes et des phases d'évaluations de ces actions.

Elle s'apparente donc à la démarche de raisonnement clinique et d'élaboration du projet de soins mais demande sa transposition dans une logique populationnelle, ce qui peut être dissonant dans une profession qui a à cœur de singulariser les projets de soins. En effet, les étudiants ne comprennent pas toujours qu'une population peut être singulière : vulnérabilité d'un public âgé, d'une communauté victime de discriminations, d'une population vivant sur un territoire au climat hostile, des habitants d'un quartier défavorisé ou au contraire force d'une population habitant dans un environnement préservé de toute pollution ou dans un secteur urbain à forte densité d'offre de soins... On remarque la même difficulté à s'approprier la démarche éducative ou la démarche d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), alors qu'elles sont le prolongement de la démarche de soins, mais centrées sur des diagnostics éducatifs et non sur des problèmes de santé psychosomatiques et traditionnellement traités en formation. À l'inverse de la prévention, les concepts de *promotion de la santé* et *d'éducation à la santé* sont donc plus difficiles à saisir dans une perspective de soins, s'ils ne sont pas considérés dans la logique globale de la SP. L'enjeu en formation est donc de parvenir à les explorer en les présentant comme constitutives de la SP, sans toutefois la réduire à la somme des 2 concepts. Le risque serait, entre autres, de laisser entendre, comme pour la prévention primaire, qu'ils seraient réservés à une catégorie spécifique de professionnels qui interviennent principalement

en promotion et en éducation à la santé (personnel de l'éducation nationale, médecine du travail, organismes de Santé Publique France...). Au contraire, il s'agit de parvenir à la présenter comme un *système de santé intégré basé sur la coopération* qui organise la continuité entre la promotion de la santé, la prévention et les soins (Alla & Silva, 2013).

Ensuite, la SP peut être associée à une spécialité médicale particulière, dont le titre s'acquière soit après quatre années d'internat en SP et avec l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en *santé publique et médecine sociale*, soit après nomination ordinale. Il s'agit d'une médecine des populations, en marge des autres spécialités et qui s'intéresse davantage à des collectivités avec *un potentiel santé* qu'à des individus malades. La discipline compte environ 5% des effectifs médicaux en 2003 et est représentée par une majorité de femmes (57%), globalement la filière menant à des spécialistes de santé publique est peu attractive (Bérard, 2007). En plus de la clinique, elle repose sur l'étude des maladies, des facteurs de risque et déterminants de santé, elle participe aux politiques de santé et à la recherche d'efficience des soins. Elle utilise des techniques différentes de la médecine traditionnelle : promotion de la santé, prévention des risques, éducation à la santé, démarche qualité. Pour les soignants, elle implique une manière différente de collaborer avec le corps médical et de renoncer aux schémas habituels d'organisations, de rôles et de fonctions, de penser davantage en termes de missions pluridisciplinaires que de tâches professionnelles. En effet, la SP n'est pas l'apanage des médecins ou plus largement des soignants, c'est une discipline transversale qui mobilise beaucoup de professionnels non sanitaires dans des champs disciplinaires très variés : droit, sciences humaines et sociales, écologie, économie, architecture... Elle suppose une ouverture à des représentations, conceptions et paradigmes professionnels différents et d'acquérir des savoirs théoriques et pratiques de base, un vocabulaire parfois nouveau, pour pouvoir travailler en inter professionnalité.

La SP ne peut donc se concevoir comme une superposition de savoirs appartenant à des champs disciplinaires variés et croisant des logiques différentes, il s'agit au contraire de s'approprier d'abord les fondements d'une logique pluridisciplinaire et de l'articuler avec ces savoirs, pour pouvoir ensuite y situer son rôle en tant que professionnel de la santé et lui donner du sens. Cet exercice est difficile, il nécessite l'appropriation d'un modèle d'analyse macrosocial et une posture réflexive qui interroge la mission infirmière dans ses fondements et son devenir en rapport avec l'ambition la plus noble de la SP : « *façonner un homme nouveau* » (Morelle & Tabuteau, 2017, p.43), un homme qui intègre la santé comme un pouvoir d'agir.

Enfin la SP se renouvelle régulièrement, elle évolue avec les sociétés et leurs interactions, au rythme des évolutions scientifiques, technologiques, environnementales, des relations internationales et des événements qui marquent l'histoire... L'organisation du système de santé se transforme en permanence, il s'adapte aux besoins qui évoluent et augmentent ainsi qu'à la tension liée aux ressources économiques qui diminuent en proportion. Les politiques de santé se construisent et s'évaluent dans la longitudinalité, elles reposent sur l'analyse du passé et du présent pour anticiper l'avenir. Leur efficacité se mesure sur la durée ce qui implique des réajustements, des réorganisations et des changements de législations et réglementations en réponse à des évolutions de stratégies gouvernementales. La planification sanitaire se déploie sur plusieurs années et les objectifs sont formulés sur de longues échéances. Si les organismes changent et que leurs noms ou leur architecture se transforment, ou que la distribution de leurs missions évolue, les stratégies politiques actuelles dépendent des résultats de celles du passé, et pour les comprendre, il faut pouvoir les replacer dans un contexte en évolution. Il s'agit alors de repérer les articulations entre – les grandes lois de la santé publique moderne : la loi du 9 août 2004 qui redéfinit le rôle de l'État et les champs d'intervention de la santé publique, la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital Patient Santé territoire (HPST) portant création des ARS et définissant leurs missions, la loi du 26 janvier 2016 de « modernisation du système de santé », qui donne encore plus de poids au volet prévention dans les parcours et l'organisation des soins, – les stratégies sanitaires qui les ont précédées et les stratégies sanitaires d'actualité – enfin, l'histoire de la santé publique... En effet, pour comprendre les politiques de santé modernes, les étudiants doivent avant tout pouvoir en saisir le sens dans une dimension de progression humaniste et éthique, d'autant qu'elles se présentent comme un obstacle épistémologique dans le contexte actuel de crise sanitaire. Elles ont un véritable ancrage historique et pour les saisir, il faut connaître les situations épidémiologiques, démographiques, politiques, économiques... de chacune des époques concernées par des changements majeurs en termes de santé publique et surtout de droits. Les progrès et les effets positifs obtenus par ces changements ne peuvent être appréhendés sans se référer au préexistant, en effet, « *les politiques publiques contemporaines portent la trace de ces tendances historiques tout en se trouvant confrontées à de nouveaux défis* (Rayssiguier et al., 2012, p. 10) ce qui veut dire que cette exploration temporelle s'étend de l'antiquité à nos jours. Dès lors, appréhender la SP, c'est premièrement comprendre la société qui l'a vue naître aux confluent d'un ensemble de conditions et d'enjeux historiques sans cesse renouvelés ou résurgents.

2.2 Approche historique : la santé publique, produit d'une transformation de la société

L'histoire s'efforce « *d'établir des liaisons entre les différents ordres de faits, de suivre les influences réciproques entre un concept (santé collective ou médecine sociale, par exemple) et le terrain des mentalités et des milieux sociaux dans lequel il lui faut s'enraciner* » (Zylberman, 2001, p.70). Si la SP en tant que discipline est très récente en regard de la médecine, qui trouve ses prémices dans les petits groupes de *chasseurs-cueilleurs du Paléolithique* (Chastel, 2010, p.13), elle n'en reste pas moins influencée, particulièrement en France, par « *ce contraste entre l'histoire de la médecine qui soigne et l'histoire du système de santé qui a pour mission la santé* » (Tabuteau, 2015, p.18). Nous verrons en effet que, si la médecine française a été pionnière en matière de médecine sociale et d'hygiène publique et que d'une certaine manière elle a permis la naissance de la SP, elle s'est paradoxalement imposée parfois aussi, comme un obstacle à son développement au cours des XIX^e et XX^e siècles.

Mais « *l'entretien du corps ou, même l'attitude préventive envers le mal n'ont pas été inventés par le monde contemporain* » (Vigarello, 2016, p.11). De tout temps, l'humanité s'est intéressée à la maladie et aux moyens de la vaincre et même si les pratiques thérapeutiques des sociétés les plus anciennes s'apparentaient davantage à des rituels religieux ou magiques, pour une origine du mal alors attribuée au divin, elles évolueront au fil des siècles, vers une démarche de plus en plus scientifique (Olmer, 2009).

Dans l'Antiquité déjà, les conceptions de la santé et de la maladie différaient grandement d'une civilisation à l'autre : pour les Égyptiens des pharaons, la maladie résultait de la prise de possession du corps par un dieu, un ennemi ou un mort, tandis que pour les Mésopotamiens elle était une malédiction consécutive à un acte amoral ou que pour les Chinois elle était la conséquence d'un déséquilibre entre le *Yin* et le *Yang*, deux forces opposées qui gouvernent le monde. Les premiers guérisseurs sont donc des prêtres, chamans, rebouteux ou autres sorciers exorcistes, pratiquant des soins qui reposent sur des incantations visant à extraire le mal en ciblant l'esprit, et assez proches des pratiques d'hypnose, ou sur des « potions » à base de plantes qui seront les prémices de la phytothérapie et de la pharmacologie. En Chine, les thérapeutiques sont plus variées, elles sont élaborées et classées selon leur origine minérale, végétale, animale ou humaine et administrées sous formes d'onguents, gargarismes, collyres ou suppositoires, tandis que l'acupuncture est une forme originale de soins. En Mésopotamie et en Egypte, on pratique déjà la petite chirurgie et la dissection qui restent interdites en Chine (Chastel, 2010).

Dans la Grèce antique, la médecine est également d'abord religieuse, on y voue un culte à *Asclépios*, fils d'*Apollon* et dieu de la médecine, et à ses deux filles, *Hygie*, déesse de la santé qui donnera son nom à l'*hygiène* et *Panacée*, déesse des soins et des remèdes. A cette période, les savoirs et savoir-faire médicaux sont transmis, dès l'enfance et de père en fils, au sein des Asclépiades, des communautés familiales faisant partie de l'élite culturelle. Les médecins occupent donc déjà une place importante dans la société et forment avec les hommes de loi et les architectes un groupe jouissant d'un statut particulier, avec une forte influence sociale (Olmer, 2009), qu'ils conservent toujours aujourd'hui. Peu à peu, les pratiques médicales vont se rationaliser, elles se fonderont sur l'observation clinique et l'anamnèse, ce qui va permettre de formaliser les connaissances et de les organiser pour les enseigner. Les Asclépiades vont s'ouvrir à l'extérieur et les premières écoles de médecine verront le jour. *Hippocrate* (né en 464 av. J-C), lui-même descendant d'une Asclépiade, est le premier médecin connu pour avoir dissocié les fondements théoriques de sa pratique de toute croyance ou tradition religieuse. Bien qu'il soit croyant, il associe la maladie à un phénomène naturel qui résulte d'un déséquilibre entre 4 humeurs (sang, phlegme, bile, et atrabile) sous l'influence de facteurs internes comme l'activité, ou externes comme le climat. Le traitement consiste alors en un rétablissement de cet équilibre par des purges (saignées, vomissements...), des régimes adaptés et la prescription d'exercice physique. Plus tard, *Galien* (né en 129 av. J-C), autre grande figure médicale de l'Antiquité et père de la médecine islamique, s'appuiera sur cette théorie pour classer les maladies. Le serment d'Hippocrate, élaboré au IV^e siècle av. J-C est le premier texte fondateur de la déontologie médicale et bien qu'il n'ait pas de valeur juridique, il continue d'être traditionnellement prêté par les médecins entrant en fonction en Occident. C'est dans l'Empire Romain que les connaissances médicales continueront ensuite à se développer, notamment autour des virus de la rage et du tétanos et que la chirurgie ophtalmologique marquera ses débuts. Durant cette dernière période de l'Antiquité, les pratiques médicales vont ainsi peu à peu s'organiser et se scientifier, tandis que la formation des médecins se formalisera de plus en plus. La fin de l'Empire Romain et l'avènement du christianisme vont, pourtant, marquer en Occident le début d'une longue période d'obscurantisme. Elle nuira au développement de la discipline et surtout à l'intérêt public porté à la santé et à la maladie durant tout un millénaire. En effet, au Moyen-Âge (MA), la maladie est considérée comme un châtement divin contre lequel il est donc interdit de lutter et se manifestant par des épidémies, accidents et autres catastrophes. Le soin et les pratiques médicales sont l'apanage du clergé qui réglemente les pratiques, censure la connaissance et organise l'accueil et les soins aux nécessiteux. Ces derniers seront surtout des offrandes, prières, pèlerinages ou pénitences visant le pardon des

péchés. Interdite par le clergé, auquel appartiennent les médecins, la chirurgie sera délaissée aux marchands forains, barbiers et arracheurs de dents, considérés comme des *manuels profanes*, ce qui expliquera que la chirurgie soit longtemps sous valorisée. Les hospices gérés par des communautés et confréries religieuses accueillent surtout des vieillards, des pauvres et des voyageurs grâce aux dons des plus riches qui espèrent, par l'aumône, assurer leur salut. C'est la période de *la charité*, dès lors, développer les connaissances médicales dans une perspective de SP ou penser son économie procèdent du péché pour l'Église ou de l'inutile pour le Pouvoir qui n'en a pas la charge. L'enseignement médical est longtemps inexistant ou illégal et ne reprendra véritablement qu'au XI^e siècle en Italie, avec la création de *l'école de Salerne* et au XII^e siècle en France, avec la création de la faculté de médecine de Montpellier. Durant la première partie du MA, seul le monde arabo-musulman va contribuer au développement de l'art médical en perpétuant et affinant les fondements de la médecine gréco-romaine et en s'intéressant encore davantage à la clinique, plus particulièrement aux battements du cœur et aux différents aspects des urines. Bien que la dissection soit interdite, la pratique de la petite chirurgie est courante et à l'hôpital, l'organisation est rationnelle. Parmi les illustres figures de la médecine arabo-musulmane, on peut citer *Avicenne* (né en 920), surnommé *le Galien de l'Islam* et réputé à cette époque comme le plus grand médecin du monde. Mais même en Orient, les soins restent individuels et l'hygiène publique inexistante (Chastel, 2010).

Jusqu'à la Renaissance, c'est surtout la lutte contre les maladies infectieuses qui intéressera les autorités sanitaires religieuses et le pouvoir politique, qui se contenteront, par ailleurs le plus souvent, d'isoler les malades contagieux pour préserver la communauté.

Les lépreux par exemple, étaient enfermés dans des léproseries et totalement coupés du monde en attendant une mort certaine.

Particulièrement touchées par les épidémies de peste noire à la fin du XIV^e siècle, du fait de leur situation géographique pour le commerce avec l'Orient, les cités-États du nord de l'Italie ont progressivement mis en œuvre des politiques sanitaires d'avant-garde visant à se protéger des maladies apportées par les voyageurs et les marchands (contrôles sanitaires, recensements, mises en quarantaine, création du lazaret...). A cette époque à Florence, Venise, ou Padoue... on commence à mesurer et analyser la maladie et ses modes de transmissions, l'objectif n'étant plus d'isoler ou séquestrer les malades, mais de protéger le reste de la population et donc leurs propres intérêts économiques et politiques (Morelle & Tabuteau, 2017).

Ce sont les prémices de l'épidémiologie et de la SP mais ces pratiques ne se généraliseront qu'aux XVII^e et XVIII^e siècles dans le reste de l'Europe.

En même temps que la Renaissance, vient le temps de l'*assistance* avec la création du *bureau des pauvres* en 1544 et qui a vocation à se substituer à la seule charité chrétienne ; mais pour que ce droit à l'assistance puisse véritablement être garanti, il faudra attendre une succession d'événements qui découleront de la Révolution Française plus de deux siècles plus tard (Rayssiguier et al., 2012).

Jusqu'à l'âge classique, le pouvoir, le Roi ou l'État, exerçait sa souveraineté surtout par l'asservissement et la sanction en cas de non-respect des lois, il avait le droit de prélever les biens (récoltes, monnaies, corps pour servir dans l'armée...), de bannir, de torturer et in fine, de tuer... A la fin du XVII^e siècle, les épidémies de lèpre et de peste qui viennent affaiblir l'Europe vont imposer au pouvoir une manière différente de gérer les affaires de santé. Elles incitent par exemple *Colbert* à mettre en place, pour protéger Paris, mais surtout son élite et son économie, un cordon sanitaire inspiré des politiques mises en place par les grandes cités italiennes 300 ans plus tôt.

Se développe alors une nouvelle forme de pouvoir, le *biopouvoir* (Foucault, 1963), et qui sans se substituer au départ à sa forme traditionnelle, va progressivement le dominer. Ce nouveau pouvoir s'intéressera davantage à la vie en tant que richesse collective et aux moyens de la gérer et de la promouvoir (surveillance et diminution de la mortalité et de la maladie ou des accidents limitant les forces de travail, analyse de la natalité, de l'habitat...). De *maître de la mort*, le pouvoir politique va passer progressivement à *administrateur de la vie* (Morelle & Tabuteau, 2017). La santé s'impose donc désormais comme un phénomène social et un problème politique impliquant une régulation, une organisation et une législation reposant sur une nouvelle médecine, plus normative, celle des populations, c'est la genèse de la *biopolitique* (Foucault, 1963).

En parallèle de ces évolutions imposées par le contexte épidémiologique, la Révolution française va jouer un grand rôle dans la véritable implication du pouvoir en matière de santé. D'abord, parce qu'elle a permis la séparation de l'Église et de l'État et donc de laïciser les questions politiques comme les questions de santé et ensuite parce qu'elle a institué la notion de droit civique et notamment celui du droit à la santé et à la sûreté. En effet,

« dès que la maladie et la déviance cessent de procéder du sacré et de la cosmologie, elles deviennent observables, objectivables et explicables par plusieurs disciplines : la médecine entre en concurrence avec Dieu, le médecin avec le prêtre, le sacré avec la nature : dès lors que la santé n'est plus seulement l'affaire du colloque singulier entre Dieu et un homme, la dimension collective apparaît et la voie est ouverte pour le développement considérable des politiques publiques » (Rayssiguier et al., 2012, p.9).

Au-delà du principe de droits universels, la dynamique de la révolution conduira vers une mutation de l'ère de l'assistance vers l'ère de *la solidarité*, même s'il faudra encore attendre le XX^e siècle pour que ce principe se concrétise vraiment avec la création de la protection et de la sécurité sociale en 1945 et 1946.

De premières avancées méritent toutefois d'être soulignées, comme la création en 1793 d'une forme *d'agences de secours* dont les missions sont de prendre en charge l'hébergement, la nourriture et la santé des pauvres (une forme de Couverture Maladie Universelle (CMU) avant-gardiste) ou la création de la profession *d'officier de santé* (médecins non docteurs formés en 3 ans) afin de pallier au manque d'effectif médical et pour répondre aux besoins de la population qui intéressent désormais le pouvoir. Mais partant d'une initiative originale à visée résolument sociale la création de cette profession sera à l'origine d'un conflit entre les médecins et l'État qui perdurera plus de 100 ans : les officiers de santé sont alors perçus comme une menace au sein du corps médical, où on les considère comme des praticiens concurrents qui exercent la médecine pour des tarifs dérisoires, sans en avoir l'autorité scientifique et qui contribuent à dévaloriser et assujettir le corps médical. L'officia de santé sera supprimé par la *loi Chevandier* en 1892, mais ne sera que le début d'une lutte de pouvoir entre la médecine qui s'organise très largement en syndicats fortement représentés dans les chambres parlementaires et le pouvoir représenté par l'État (Tabuteau, 2015).

C'est donc au cours du XVIII^e siècle que la SP va enfin véritablement naître en Europe aux confluent de 3 mouvements historiques (Morelle & Tabuteau, 2017). Premièrement le *surgissement de la population* entendu d'abord au sens de l'explosion démographique caractéristique de l'Europe à cette époque et ensuite en tant que concept politique soulevant des questions collectives nouvelles, telles celle des masses, des flux ou des déterminants de santé et qui supposent un système inédit de régulation et de réponses. « *A l'instar d'un être vivant, la population peut prospérer, se développer, mais aussi décliner et même périr. Essentielle à la prospérité de l'État – et à sa survie, même – la population est également fragile et menacée. Il faut la protéger, et c'est là, la mission de la santé publique* » (Morelle & Tabuteau, 2017, p.10). Ensuite, la révolution industrielle va concentrer les masses paysannes dans des lieux confinés pour effectuer des travaux pénibles et les faire vivre dans des habitats où l'insalubrité, le manque d'hygiène de vie, d'alimentation et la pauvreté constitueront des viviers épidémiques et donc une menace pour la société et son économie. Enfin, l'urbanisation qui en résulte fera prendre conscience que la santé précaire des classes sociales les plus défavorisées, a une influence sur celle de l'ensemble de la ville et donc de la nécessité d'en faire un *objet de médicalisation*. « *Au XVIII^e siècle, est ainsi apparue une fonction nouvelle pour le pouvoir*

politique : préserver et élever le niveau de santé de la population, faire de la société un milieu de bien-être physique, de santé optimale et de longévité ». Cette nouvelle fonction est la santé publique (Morelle & Tabuteau, 2017, p.11).

Avant de s'instituer en discipline sous ce nom, la SP va évoluer sous une succession de terminologies au cours des siècles. La *médecine sociale* est la première appellation qu'elle a connue au cours du XVIII^e siècle ; elle prend, en France, la direction d'une *médecine urbaine*, tandis qu'elle s'oriente vers une *médecine* d'État en Prusse et vers une *médecine des forces de travail* en Angleterre. Sous ses multiples facettes, elle conserve l'objectif universel de promouvoir les progrès de la société et réoctroie aux médecins la place sociale qu'ils occupaient dans l'Antiquité et dont ils ont été privés durant tout le MA.

Le XIX^e siècle sera celui de *l'hygiène publique*, mouvement d'origine française porté par *Alexandre Parent-Duchâtelet* et *Louis-René Villermé*, et définie par le dictionnaire de Paul Emile Littré comme l'« *ensemble des connaissances qui assurent la santé des populations considérées en masse* ». L'hygiène publique vise à améliorer les conditions de vie de la population (habitat, alimentation, travail...) pour diminuer la mortalité et augmenter l'espérance de vie en cherchant à corriger les mauvaises habitudes qui nuisent à la santé (alcoolisme, prostitution...). Ce mouvement est contemporain et encouragé par la naissance d'une nouvelle philosophie qui prendra plus tard une orientation idéologique et politique, le *socialisme*, et qui combat l'individualisme par la promotion d'une pensée politique qui considère la société comme un tout. Le XIX^e siècle est aussi celui des grandes avancées dans le domaine scientifique et technologique, celui de la *révolution pastorienn*e. *Louis Pasteur* (né en 1822) va véritablement contribuer à donner du sens à l'hygiène publique.

Parmi ces grandes découvertes, celle de la micro biologie et de la pasteurisation vont permettre des avancées déterminantes dans le domaine de la chirurgie, mais c'est de loin la mise au point du principe de vaccination qui en fera l'une des plus grandes figures du siècle. Ces progrès spectaculaires vont accélérer les mutations des politiques publiques, « *après Pasteur, toute maladie acquiert une dimension sociale. Face aux microbes, la solidarité entre les hommes s'impose* » (Morelle & Tabuteau, 2017, p.23). En 1802 est créé le Conseil de salubrité de Paris, puis en 1848 le Comité consultatif d'hygiène publique de France, mais ce sont des instances consultatives qui n'ont pas de grands pouvoirs et les responsabilités sanitaires sont confiées aux communes qui se montrent hostiles à cette charge. De même, le corps médical l'est à l'action publique, ce qui fera prendre un retard considérable à la France, par rapport à certains voisins européens, en matière de SP.

Il faudra donc attendre le XX^e siècle et sa grande loi de 1902, relative à la *protection de la santé publique*, qui lui confère sa terminologie actuelle, pour que les premières grandes politiques de SP voient le jour. Ainsi sont institués en 1902 l'obligation de vaccination antivariolique, l'obligation de déclaration de certaines maladies infectieuses et les règlements sanitaires communaux. En 1918, l'Alsace et la Lorraine qui bénéficiaient d'un système de protection social innovant, redeviennent françaises et la question de la généralisation de l'assurance maladie fait débat. Le projet sera rejeté par le corps médical qui y voit une manière de l'État de s'immiscer dans la gestion de leur activité, comme il l'avait déjà déploré avec la création des officiers de santé, 200 ans plus tôt. La grippe espagnole de 1918/1919 va faire prendre conscience du manque d'organisation et d'administration de l'hygiène publique et conduire à la création en 1920 du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance publique et de la Prévoyance sociale mais il sera absorbé dès 1924 par le ministère du travail. En 1930, naîtra le premier ministère de la santé publique qui restera très faible.

« *Expression la plus achevée de la solidarité entre les hommes face aux risques de l'existence* » (Rayssiguier et al., 2012, p.26), la *protection sociale* et sa composante la plus considérable, la *sécurité sociale*, voient le jour en 1945. A partir de là et simultanément du début d'une croissance longue, ce sont surtout les questions de leurs financements et de leurs économies qui seront au centre des préoccupations du pouvoir, dès lors que la Constitution de 1946 lui en donne la charge « *La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement* ». ⁴ Après la seconde guerre mondiale et jusqu'au début des années 1990, la SP va être ballotée d'un ministère à l'autre, sans vraiment avoir la considération de l'administration publique qu'elle mérite, autre que celle de son financement, tandis que les progrès en médecine et en pharmacologie sont remarquables (découverte des antibiotiques, de la cortisone, des contraceptifs, du lithium..., transplantation d'organe, dialyse, tomographie...). Cette révolution thérapeutique associée à un nouveau modèle d'*État Providence* va paradoxalement constituer un frein à la structuration de la SP. Le pouvoir médical investit de tout ce progrès scientifique devient une forme de toute puissance et puisqu'il est désormais possible de guérir un grand nombre de maladies, la prévention n'apparaît pas comme prioritaire ni pour le corps médical ni dans la pensée collective. Dans les années 1980, le virus du VIH-sida et les scandales du sang contaminé, un peu plus tard, viendront rappeler que les épidémies n'ont pas disparu et donneront à la SP un nouvel élan, avec notamment la création des agences sanitaires. De 1985 à 2010 une succession de réformes et de plans (loi Evin, plan cancer, plan nutrition santé, plan

⁴ Préambule de la Constitution du 26 octobre 1946

Alzheimer...) vont, dès lors, tenter de transformer un système en retard du fait d'un grand nombre de rendez-vous manqués entre le savoir médical et les pouvoirs publics, au cours des derniers siècles. La fin du XX^e siècle marque également l'avènement de l'évaluation et de la prévention des risques, désormais entendues comme une mission régaliennne de l'État : « *Parce que la science permet d'en connaître la cause, la société, et donc l'État, se voient investis d'une nouvelle responsabilité : traquer et réduire les risques qui peuvent ainsi être identifiés* » (Tabuteau, 2012, 13).

Enfin, le XXI^e siècle sera celui de la « démocratie sanitaire » et des grands enjeux éthiques apportés par le développement des technologies de la communication et le numérique. Les questions soulevées par la pandémie de 2020, comme celle du traçage des patients infectés par la covid-19 ou les débats autour de la diffusion et de la vulgarisation scientifique à cette même époque en sont un exemple parmi tant d'autres. C'est aussi l'ère de l'intelligence artificielle, de la thérapie génique et du vieux rêve eugéniste d'un homme invulnérable qui soulèveront tant d'autres questions et d'enjeux pour les prochaines décennies...

Trois conséquences découlent de cette histoire singulière, (Tabuteau, 2015).

D'abord le système de santé français a été construit par le corps médical qui a favorisé le secteur privé et l'activité en cliniques, réservés aux plus aisés, au détriment du secteur public, accueillant les classes populaires et entraînant en parallèle des inégalités de soins et de santé. Dans le même mouvement, il a privilégié le développement de la médecine spécialisée à l'extérieur de l'hôpital, tout en défendant longtemps la liberté de fixer le montant des honoraires, la liberté d'installation et de prescription, le paiement direct des honoraires, et le libre choix du praticien. Hormis le premier point qui sera limité par le principe du conventionnement en 1971, les autres demeurent toujours inscrits avec le secret médical, au Code de la SP constitué en 1953. Le principe du tiers-payant a été rejeté pendant longtemps et alors même qu'il a été rendu obligatoire, il n'est toujours pas pratiqué par tous les médecins particulièrement par les spécialistes, avec de grosses disparités territoriales. La deuxième conséquence majeure de cette histoire est le creusement de dichotomies professionnelles et la logique du *tout médecin* qui perdurent encore au XXI^e siècle. « *Le traumatisme des officiers de santé a conduit les forces politiques et syndicales de la médecine à redouter l'émergence de toute profession susceptible d'entrer en concurrence avec le corps médical et à s'y opposer* » (Tabuteau, 2015, p. 29). Pourtant, les progrès en termes de droits sociaux et de savoirs et savoir-faire médicaux ont entraîné un besoin de compétences spécifiques et de personnel qualifié dans le secteur de la santé, imposant alors, au début du XX^e siècle, une nouvelle profession pour assister les médecins dans leurs missions, les *infirmières*. Nous verrons par la suite que le

développement de la profession sera pourtant longtemps freiné par un pouvoir médical désireux de garder le contrôle sur le domaine des soins, malgré la reconnaissance d'un rôle propre infirmier en 1978, et une volonté croissante, au début du XXI^e siècle, de repenser la répartition des tâches entre les professionnels de la santé. La formation des infirmières restera d'ailleurs éloignée de l'Université jusqu'en 2010 et l'intégrera véritablement en 2018/19. La difficulté que représente l'implantation des Infirmières de Pratique Avancée (IPA) n'en est que l'illustration la plus évidente... Le même clivage se retrouve longtemps entre l'hôpital et les soins prodigués en ville. L'exercice libéral de la médecine demeure la règle jusqu'en 1958, y compris pour les spécialistes dont l'activité hospitalière reste partielle. La réforme *Debré* viendra mettre un terme à ce fonctionnement en instituant un véritable service public hospitalier, affirmation de la progression du pouvoir de l'État en matière d'organisation et de régulation du système de santé. La création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et l'introduction de la recherche à l'hôpital, qui devient lieu d'innovation et de prise en charge des pathologies les plus lourdes pour l'ensemble de la population, vont radicalement déplacer le pouvoir médical vers l'hôpital. Progressivement, le système hospitalier va se structurer mais son pilotage est déplacé des communes vers les régions sans véritable cohérence nationale : Création des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) en 1991 et des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) en 1996 qui se verront supplantées par les ARS avec la loi HPST en 2009. Cette transformation comporte néanmoins l'inconvénient de créer une sorte d'*hospitalo-centrisme* qui nuit toujours au développement d'un modèle de soin intégrant la prévention et la santé globale en privilégiant le *cure*.

Enfin, la troisième conséquence de cette histoire est l'absence de véritable *culture de la santé publique* et la *relégation au second plan de la prévention* au sein du corps médical et plus généralement de la société, elle « *a inscrit dans les habitudes des professionnels de santé comme de la population la logique d'une médecine curative et prescriptive. Le médecin intervient en cas de maladie et la consultation qui ne débouche pas sur une prescription est considérée avec étonnement, pour ne pas dire suspicion, par une grande partie des patients* ». (Tabuteau, 2015, p. 40). L'histoire de la construction du système de santé n'en est pas seule responsable, elle a évolué en parallèle d'une logique politique insistant sur la responsabilité individuelle par la participation au financement plutôt que sur une responsabilité de l'État dans la promotion de la santé par l'éducation et la prévention.

L'évaluation de l'impact des politiques et transformations qui se sont succédées au cours du XX^e siècle peut se mesurer par le seul allongement de la durée de la vie au cours d'un siècle : ainsi, l'espérance de vie est passée de 43.4 à 74 ans pour les hommes et de 47 à 82 ans pour les

femmes (Rayssiguier et al., 2012). Mais alors que pour l'OMS le système de santé français est le plus efficace au monde en 2000, des points noirs n'en restent pas moins liés à ce défaut de culture de la SP : concept propre à l'état d'esprit de la SP, *la mortalité évitable* en France est l'une des plus élevées d'Europe, tandis que de très fortes inégalités continuent d'affaiblir les classes sociales les plus faibles ou d'âge les plus élevés. C'est un paradoxe pour le pays des droits de l'homme, de Pasteur et de l'hygiène publique. Le système de santé « *se trouve aujourd'hui embourbé dans des ornières qui se sont constituées depuis deux siècles et dont il n'est pas aisé de sortir* » (Tabuteau, 2015, p. 43). Il lui faut pour cela analyser son histoire et se projeter vers l'avenir dans un véritable esprit de collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire. « *La politique de santé doit embrasser tous les champs de l'action sanitaire, de la prévention aux soins, de la maîtrise des dépenses à la régulation de la qualité, de la géopolitique de la santé aux droits des personnes.* » (Tabuteau, 2010b, p. 51). Un vaste défi auquel la formation des professions de santé doit être associée.

2.3 La santé publique, une conception particulière de l'homme, de la santé et des soins

Dans le paragraphe précédent, nous avons montré que la SP s'était construite progressivement, aux confluent de plusieurs événements historiques, d'ordres politiques et scientifiques, pour répondre à des évolutions démographiques, sociales, philosophiques, de pratiques culturelles et religieuses au sein de la société. Ces transformations ont engendré de nouvelles manières de considérer l'homme, sa valeur, ses droits et ses besoins fondamentaux. Elles ont tendu vers une humanisation des questions de santé, déplacées alors de la seule sphère bio corporelle, intéressant le rapport de l'individu à sa maladie et à son médecin, vers une conception plus holiste du bien-être, mais plus complexe, intéressant aussi la santé des populations, les sociétés dans lesquelles elles vivent et les sociétés avec lesquelles elles sont en relation. La santé comporte, dès lors, une dimension culturelle (Jodelet, 2006). Un tel déplacement implique un large domaine d'interventions qui doivent être coordonnées par un pouvoir dont la santé est une mission régalienn.

Il ne s'agit plus seulement de guérir des individus malades mais de soigner des corps et des esprits en favorisant les conditions nécessaires au complet bien-être et en donnant aux personnes les ressources nécessaires pour maintenir et promouvoir leur santé. Dès lors, la santé devient collective, un bien commun (CCNE, 2021), elle implique un environnement, des infrastructures sanitaires et éducatives partagés, des logements sains, l'accès à l'emploi... ainsi

qu'une organisation et des politiques qui visent à la garantir de manière égale pour tous. Elle représente aussi un coût qui doit être supporté par la collectivité et ne peut être envisagée sans la mettre en perspective avec sa dimension économique et l'économie de la prévention (Lamoureux, 2009). Dans ce contexte et pour atteindre l'efficacité, les soins doivent nécessairement s'ouvrir à la prévention et aux pratiques éducatives. De même, dans une perspective éthique les professionnels doivent interroger les questions économiques qui y sont liées... Réfléchir la SP, c'est donc avant toute chose renoncer à considérer la santé uniquement comme un état d'équilibre interne et singulier, susceptible d'être troublé par une variété de processus pathologiques qu'il convient de corriger. Sans nier sa composante biologique, c'est surtout la considérer comme une richesse tant individuelle que collective, dont l'équilibre repose également sur un contexte et des facteurs extérieurs sur lesquels il s'agit d'agir collectivement : la SP doit répondre d'une certaine éthique sociale, être le gardien d'une répartition équitable des ressources de santé (Massé, 2001) ; précisément, il est question d'une part, de favoriser les conditions du bien-être de tous, d'autre part, d'éviter la survenue de problèmes de santé pouvant entraîner des limitations individuelles impactant sur la société. Ainsi, dès lors qu'elles deviennent publiques, les questions de santé se complexifient, elles trouvent leurs racines et leurs réponses au croisement de leurs dimensions holistes, politiques, économiques et éthiques. Elles impliquent une approche multidimensionnelle du soin qui permet de les articuler et de leur donner du signifiant.

2.3.1 L'approche plurielle de la santé et la dimension holiste de la santé publique

« Chaque langue véhicule une « vision du monde », (*Weltanschauung*) » (Poché, 1993, p. 30) ; S'agissant de la santé, la linguistique s'avère enrichissante au départ, pour comprendre ses différentes composantes et les évolutions d'usages et de signifiants qu'elle a pu connaître dans les différentes civilisations et au cours des siècles, y compris dans le langage contemporain.

Dans ses racines étymologiques qui sont essentiellement latines, la santé peut être, dans un premier temps, reliée à deux autres concepts désignés par le même mot : *le salut*, au sens de salutations ou de l'action de saluer quelqu'un, et *le Salut religieux*, correspondant à l'absolution des péchés et à la communion totale avec Dieu (Houtaud, 1999).

En effet, en latin, *salvere*, (se bien porter) a donné *salve* (salut), et *salus* (le bon état, la conservation) qui désignera à la fois la santé et le Salut de l'âme.

Ainsi, dans l'Antiquité, on se souhaite la bonne santé pour se saluer, comme lorsque l'on « trinque » aujourd'hui en Allemagne, en se souhaitant *Gesundheit*, et en France la *santé*. De

même, les allemands utilisent *heil* aussi bien pour saluer quelqu'un que pour désigner quelque chose qui est sain, intact, ou *heilen* pour guérir et *heilung* pour guérison.

La santé a donc d'abord une composante sociale, le salut sanitaire traduit une intension bienveillante à l'égard d'autrui tout en la présentant comme la condition sine qua non de tout le bonheur qu'on lui souhaite. Souhaiter la santé à l'autre devient, dès lors, un usage social, une coutume qui fait toujours norme dans les sociétés occidentales contemporaines.

De même, *salus* désigne le *Salut de l'âme*, sa libération de toute forme de mal qui lui permet alors, après la mort, l'accession au *paradis*, symbole du bien être absolu, donc de la santé. Dans le paradis bouddhiste, *nirvana*, la dimension holiste de la santé est prégnante et dans l'usage courant contemporain, il désigne un état de plénitude et de transcendance.

Pour les Chrétiens, l'acte de Salut par excellence correspond à la résurrection du Christ qui, par sa souffrance et sa mort sur la croix, devient le *salvator* (sauveur) de l'humanité. Ainsi, « *Le péché est au Salut une réalité analogue à la maladie par rapport à la santé : la recherche de la pureté morale évoque celle de l'asepsie* » (Houtaud, 1999, p. 17).

En allemand, le verbe *heiligen* de *heil* (sain) désigne l'action de sanctifier et *Heiligkeit*, la sainteté tandis qu'en anglais, *to hail* correspond à l'action de saluer et *holy* à l'adjectif *sacré*.

Dès lors, que ce soit dans les langues d'origines latine ou germanique, la santé transcende la sphère biologique, elle inclut les dimensions spirituelles du bien-être et concilie les corps et les esprits au sein d'un tout indissociable.

Par ailleurs, toujours en latin, *sanare* (rendre sain) a donné *sanescere* (guérir), *sanatio* (guérison), *sanus* (sain), et *sanitas* (santé) qui est à l'origine du terme dans la langue française. La pluralité des termes associés à ce radical fait apparaître deux composantes en tension dans le concept de santé : la première, négative, correspond au versant curatif du soin, (*sanescere*), la seconde met en valeur la santé elle-même dans une perspective positive, elle caractérise les bien-portants (*sanus*) (Houtaud, 1999).

Enfin, le verbe latin *valere* (être fort, bien portant) qui donnera *valetudo* (la bonne santé), *valor* (force, valeur) et *validus* (fort, bien portant) nous éloigne encore davantage du versant thérapeutique en ce qu'il insiste sur la force positive que représente la santé et sur sa valeur en tant que telle, en dépit de la référence au pathologique : « *Valeur elle-même, la santé sert à exprimer toutes les autres valeurs érigées dans nos systèmes sociaux de coexistence jusqu'aux plus élevées : sans la santé, tout perd de sa valeur ; avec elle tout s'en trouve valorisé* » (Houtaud, 1999, p. 10).

Partant, la santé résulterait d'un état d'équilibre et d'harmonie entre le bien être corporel (force physique, robustesse...), psychologique (force mentale, valorisation, estime et réalisation de

soi), social (partage des normes et valeurs, reconnaissance sociale, utilité sociale) et spirituel (paix de l'âme). Pourtant, dans les définitions officielles, elle est encore souvent présentée uniquement par son versant négatif/curatif, en référence à la fonctionnalité du corps et à l'absence de défaillance organique et de maladie (du latin *male habitus*, être habité par le mal). C'est l'approche biomédicale, dominante dans la médecine traditionnelle et comme nous le verrons plus loin, aussi dans les pratiques infirmières, en dépit des théories et modèles de soins plus globaux qui les fondent.

Quelques grandes figures du passé attestent de la prégnance du modèle biomédical dans leurs écrits à propos de la santé, comme le lexicographe César Pierre Richelet (1631-1698) : « *C'est une belle et naturelle disposition du corps qui exerce ses fonctions avec excellence* »⁵, le médecin René Leriche (1879-1955) : « *La santé, c'est la vie dans le silence des organes* » ou l'écrivain James Joyce (1882-1941) : « *La santé est définie par son absence* »⁶. Mais on retrouve également cette conception dans les définitions contemporaines du Robert « *Bon état physiologique d'un être vivant* » ou du dictionnaire Larousse : « *Etat de bon fonctionnement de l'organisme* ». En revanche, l'idée de la *santé salut* est présente chez les philosophes. Ainsi, Rousseau (1712-1778) écrit : « *Le premier usage de ma richesse serait d'en acheter du loisir et de la liberté, à quoi j'ajouterais la santé si elle était à prix* » et Alain (1868-1951), « *comme la joie est le signe évident d'une bonne attitude viscérale, on peut parier que toutes les pensées qui vont à la joie disposent aussi à la santé* ».⁷

Chez Canguilhem (1904-1995), la santé s'entrevoyait comme un ensemble de sécurités pour le présent et d'assurances pour l'avenir, un capital aux allures de compétence qui prend la forme d'une marge de tolérance des infidélités du milieu. Elle se caractérise par « *la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles* » ; « *être en bonne santé c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique* » (Canguilhem, 2013, p. 172/173). Cette conception donne une valeur considérable à l'expérience subjective de la santé et de la maladie, elle donne au sujet une place d'acteur de sa santé ou de sa guérison : « *La santé est une manière d'aborder l'existence, en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales* » (Canguilhem, 2013, p. 175). Cette variété de conceptions et d'usages du mot santé se retrouve au niveau de l'analyse des représentations sociales (Herzlich & Moscovici, 1969). Dès lors,

⁵ Cité par Houtaud

⁶ Cités par Morelle et Tabuteau

⁷ Cité par Houtaud

parmi celles-ci, on distingue trois manières de se représenter la santé : *la santé comme l'absence de maladie*, qui rejoint les définitions les plus classiques, *la santé comme capital* qui rejoint la pensée de Canguilhem et *la santé comme un équilibre* entre le corps, l'esprit et l'environnement qui n'est pas sans rappeler la pensée d'Hippocrate mais inclut l'équilibre biologique sans s'y réduire. De même, on retrouve trois représentations sociales associées à la maladie (Herzlich & Moscovici, 1969) : premièrement, *la maladie destructrice*, c'est la vision négative, elle est vécue comme une fatalité et place le sujet face à son impuissance. Elle est souvent perçue comme injuste et se retrouve plus fréquemment chez les malades en processus de deuil. Ensuite *la maladie libératrice*, vécue comme une opportunité de réinterroger le sens de la vie et sa valeur, elle a une connotation positive et invite à se recentrer sur ce qui fonde l'essentiel. Enfin, *la maladie-métier*, où elle est perçue comme un savoir d'adaptation. C'est une représentation positive également, qu'on va retrouver chez des patients atteints de pathologies chroniques et qui ont développé des compétences d'adaptation par l'expérience et l'accompagnement éducatif. Dans ce cas, la maladie n'est plus considérée comme une *entité exogène* qu'il faut anéantir mais comme une partie intégrante de soi avec laquelle il faut composer (Laplantine, 2003).

D'une manière générale, on a tendance à opposer la santé plurielle à la santé biologique mais la SP présente l'avantage de réconcilier les deux approches, au croisement desquelles un état biologique se transforme en fait social ou à l'inverse des situations sociales peuvent générer des problèmes biologiques. Avec la SP on assiste à une forme de *sanitarisation du social*, c'est-à-dire « *une réécriture d'un problème social en langage sanitaire* » (Fassin, 2015, p. 32). En 1986, la première Conférence internationale pour la promotion de la santé a abouti à la signature de la charte d'Ottawa qui définit la santé comme un *concept positif* qui sous-tend la présence de *ressources de la vie quotidienne* (capacités physiques, mentales, environnement social...) où dès lors,

« *pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter* » ; de même, « *La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu* » (Charte d'Ottawa).

Cette approche de la santé la subordonne à la réunion d'un ensemble de conditions : logement, éducation, alimentation, ressources financières minimales, écosystème fiable, accès aux ressources durables et justice sociale. La promotion de la santé s'intéresse davantage aux facteurs chance qu'aux facteurs risque. Ainsi,

« Travaillant à la santé des gens, on travaille sur ce que peuvent menacer les manquements à la paix, à la satisfaction des besoins essentiels, à la justice sociale, à la préservation de l'environnement, au devoir d'éducation. Cette transcendance permet aux professionnels de santé de mieux apprécier la hauteur de leur mission, la grandeur (au sens propre et au sens figuré) de leur champ d'action » (Deschamps, 2003, p. 315).

La santé est donc un concept pluriel associé à des représentations variées susceptibles d'évoluer dans la vie d'un individu en fonction de son expérience de la santé et de la maladie. Si les attitudes et les comportements de santé peuvent alors être très diversifiés, y compris chez les professionnels, l'histoire, le langage et l'analyse des représentations sociales nous montrent que même lorsque le modèle biologique est prédominant, la santé présente un caractère précieux dans la plupart des sociétés. Être professionnel de la santé c'est donc partager des finalités plurielles avec d'autres intervenants hors champ sanitaire, tout en ayant des objectifs disciplinaires précis et faire de la SP c'est avoir un état d'esprit holiste dans sa pratique professionnelle propre, ce qui implique une culture pluridisciplinaire : des connaissances variées, notamment en sciences humaines et sociales, mais aussi des techniques d'analyse qui permettent de les articuler avec sens. Mais pour bien mesurer les enjeux de cette approche holiste, elle doit être complétée par une exploration des questions collectives que pose la santé, entendue dans sa dimension publique.

2.3.2 L'approche collective de la santé et la dimension politique de la santé publique

Dès lors que, dans son acception plurielle, la santé d'un individu devient dépendante de l'environnement général au sein duquel il se développe et est en relation aux autres, la frontière entre son domaine privé et son domaine public devient poreuse. L'expérience des épidémies qui ont traversé l'histoire montre, à elle seule, que même entendue comme « une absence de maladie », la quête de la santé ne peut pas s'envisager sans s'interroger sur l'influence des autres. Le mode de dissémination aéroporté du virus responsable de la très récente pandémie de 2020, par exemple, en est la parfaite illustration. En quelques semaines seulement, le virus devient l'ennemi public numéro un, à l'échelle mondiale.

Il en va de même pour un ensemble de ressources et d'espaces partagés susceptibles d'être vecteurs de maladies ou de problèmes de santé : hygiène de l'eau (gestion des réservoirs d'eau favorisant les larves de moustiques connus pour disséminer la dengue ou le paludisme, traitement des eaux usées et contrôle de l'eau potable...), hygiène de l'air et des sols (pollution atmosphérique et souterraine, déforestation, participation humaine à l'extinction de certaines espèces animales comme les abeilles...), salubrité des logements, des lieux de travail,

d'éducation ou de loisirs (plomb, amiante, parasites, collecte des déchets...), qualité des productions et de l'élevage agricole, des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux, notamment des médicaments d'origine humaine (respect de la réglementation agro-alimentaire, surveillance vétérinaire et de l'industrie pharmaceutique, lutte contre les infections nosocomiales, la iatrogénie...). Cela est vrai aussi pour ce qui concerne le bien-être psychologique : respect de l'intégrité et de la dignité personnelle au travail, dans les espaces publics comme privés, respect des croyances et des valeurs et de la différence culturelle ou de genres dans les activités de la vie quotidienne...

En soi, ce n'est donc pas la SP qui publicise les affaires de santé mais bien l'altérité qui caractérise l'humanité. En effet, « *La santé n'est jamais pleinement la nôtre. Elle prend sens et s'auto-construit par les défis collectifs qui lui sont donnés et auxquels elle est sommée de répondre* » (Meidani et al., 2015, p. 8). A chaque fois que la liberté d'être en santé complète, en tant que sujet ou groupe singulier, s'exprime dans la vie d'un individu ou d'une collectivité, elle se confronte à la question de celle des autres, à en faire de même. Il en va ainsi pour la personne porteuse du VIH qui souhaite vivre pleinement sa sexualité, pour le sujet alcoolisé ou sous l'emprise de substances délétères pour la conscience et la réactivité, qui revendique sa liberté de prendre le volant ou pour le fumeur de tabac réclamant le droit d'assouvir ses besoins lorsqu'il participe à un moment convivial au restaurant... De même, lorsqu'un propriétaire de terres agricoles décide d'augmenter sa rentabilité en usant de pesticides, qu'une entreprise privée souhaite développer son capital par une augmentation de la productivité ou qu'un État déclenche ou intervient dans un conflit armé avec un autre..., tous s'immiscent, d'une certaine manière, dans l'intimité de la sphère privée de la santé des autres, consommateurs, salariés ou simples citoyens d'une ville, d'une région, d'un pays...

À l'instar de la santé, dans le domaine du handicap, le modèle social qui se développe à partir des années 1970 en Grande Bretagne, va peu à peu lui aussi, prendre l'ascendant sur le modèle médical qui définit la personne handicapée à travers ses seules déficiences et incapacités. Dans le modèle social du handicap, sa dimension collective est placée au cœur même de sa définition puisque la personne est considérée comme victime d'une inadaptation de la société à sa singularité et en ce sens, c'est la société elle-même qui crée le handicap. En France, la *loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* définit le handicap comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé*

invalidant. » Dès lors, il convient de parler de *personnes en situation de handicap* et non plus de *personnes handicapées* et c'est bien à la collectivité, responsable de la situation de vulnérabilité, de créer les conditions de leur intégration et non l'inverse. Cette dyade sphère intime – sphère collective de la santé doit être perçue comme la rencontre de deux approches complémentaires et non comme deux entités qui s'opposent, autrement dit, « *Cela revient d'une certaine manière à accepter de passer du je au on/nous, c'est-à-dire à se dessaisir de son histoire intime, de son expérience personnelle au profit d'un collectif, dans lequel d'ailleurs on ne se reconnaît pas toujours, pour servir premièrement une cause collective et par répercussion (éventuellement) sa cause personnelle* » (Meidani et al., 2015, p. 15).

La particularité de la SP réside justement dans la reconnaissance de cette dualité dans sa définition même, elle en fait un objet d'étude et s'attache à la comprendre pour construire les fondements de son action. Avec la SP, les questions relevant habituellement de la sphère intime ou familiale de la santé, de la maladie et du handicap, du vieillissement et de la dépendance, de l'éducation des enfants, de la sexualité ou encore des relations de couples... deviennent publiques ; la médicalisation de la prise en charge de la vieillesse par exemple, *injecte du public dans les affaires de gestion des corps et des consciences* (Meidani et al., 2015, p. 38), elle déplace une préoccupation familiale à une responsabilité publique y compris en ce qui concerne la fonction *d'aidant naturel*, reconnue depuis 2015 et ouvrant droit à la *compensation et au répit* ainsi qu'*au congé* depuis 2019.

La SP propose donc une *approche populationnelle* qui repose sur l'épidémiologie, c'est-à-dire une *méthode numérique* promue initialement par Pierre-Charles Louis (1787-1872), dit le père fondateur de la *médecine par la preuve*. Elle comptabilise, ordonnance ou pronostique des faits à grande échelle sur la base des mathématiques statistiques et probabilistes. Elle entre en tension avec la *médecine expérimentale* traditionnelle défendue par Claude Bernard (1813-1878), qui s'attache quant à elle, à étudier la singularité des situations et des individus à l'épreuve de la maladie et selon laquelle l'usage de moyennes ne peut conduire qu'à l'erreur (Fassin, 2015). La SP invite à analyser des situations de santé relatives à des groupes ou des populations pour pouvoir établir un diagnostic de santé collectif qui inclut l'état de santé général de l'échantillon observé, l'efficacité du partage des ressources de soins et la qualité générale du système de santé et de formation professionnelle : l'organisation et la répartition de l'offre de soins, l'existence ou non d'inégalités, son économie et les principes de justice sociale et de démocratie sanitaire dans sa gestion, la démographie et les compétences des professionnels de santé ... Elle emprunte sa démarche clinique à la médecine traditionnelle mais se focalise sur des problèmes dont l'occurrence ou les effets sur un collectif de personnes en font des priorités

publiques. Ses objectifs stratégiques et les interventions qui en découlent s'adressent à des groupes et leurs pertinences doivent se mesurer à l'échelle populationnelle et non individuelle quand bien même elles ont des répercussions sur la sphère intime de la santé ou de la vie privée. Une telle démarche implique la définition de critères et d'indicateurs de santé, (en premier lieu de définir le bien-être), de s'appuyer sur des références qui sous-tendent des normes biologiques et physiques mais aussi sociales et culturelles. Ces normes doivent être reconnues comme légitimes, non seulement par des collectifs scientifiques, politiques et institutionnels mais par la société elle-même, que ce soit à l'échelle des groupes ou des individus dans leurs rapports privés à la santé. C'est précisément sur ce point que l'approche collective de la SP se complexifie encore d'un niveau : il s'agit d'une part, de développer une culture commune de la SP, tout en prenant en compte des cultures et des conceptions très variées, d'autre part, « *il faut donc considérer que l'on a affaire non pas à un savoir (énonçant des vérités sur la bonne conduite de l'existence) qui serait confronté à des cultures (supposées ignorantes ou irrespectueuses de ces vérités) mais bien à une interaction entre des codes culturels (formulant les uns et les autres des vérités par rapport à des théories locales)* » (Dozon & Fassin, 2001, p. 10).

D'une certaine manière, on peut dire que la SP, est à l'interface de cette altérité entre les sphères privées et publiques de la santé et lorsqu'on l'envisage à l'échelle globale, c'est-à-dire selon l'anthropologue Marc Nichter « *quand les problèmes de santé transcendent les frontières nationales, peuvent être influencés par les circonstances ou les expériences d'autres pays et appellent des réponses collectives* » (Atlani-Duault & Vidal, 2013, p. 8), sa dimension publique devient universelle. Elle l'est d'autant plus à l'heure où la mondialisation accélérée par internet et les technologies numériques ont rendu quasi illimités les moyens de communication et l'accès à l'information (associations de malades, de défenses de causes publiques : droits de la femme, de l'enfant, protection de l'environnement..., sites officiels et blogs, *open science*...). Mais cette approche à la fois très normée et normalisante, présenterait le risque d'une standardisation de la vie et des pratiques de soins qui, poussées à l'extrême pourraient conduire à ce qui fût longtemps reproché à l'hygiénisme : la promotion d'une idéologie fondée sur l'utopie d'une santé parfaite à laquelle les progrès du XXI^e siècle en matière de génie génétique et de technologie informatique pourraient donner un second souffle, avec toutes les dérives eugénistes qu'elle comporte. A propos de l'hygiénisme : « *Idéologie, elle révélait des penchants dangereusement totalitaires. Utopie, elle devenait dérisoirement vaine* » (Dozon & Fassin, 2001, p. 12). Alors, sous l'angle du collectif, la santé doit aussi s'envisager tantôt comme une richesse commune qu'il s'agit d'entretenir et parfois aussi comme un poids

économique et éthique qu'il convient d'assumer collectivement. Les systèmes de santé et de protection sociale français sont fondés sur le principe de solidarité : les plus riches viennent en aide aux plus pauvres, les bien-portants aux malades, les plus jeunes aux plus âgés ou les travailleurs aux sans-emploi...

Ainsi considérée comme un bien commun, la santé entre dans le champ politique « *entendu comme l'organisation du vivre ensemble autour de valeurs partagées, mais aussi de référentiels concurrents et même de normes conflictuelles* » (Fassin, 2015, p. 16) et il convient à la société d'y participer selon le principe de *démocratie sanitaire*. Le domaine public de la santé s'invite dans le privé et chacun devient responsable de sa santé et de celle d'autrui. « *La santé est donc une affaire politique qui concerne la gestion de la cité, de la population et des rapports économiques* » (Desforges, 2001, p. 298). La SP se présente alors comme une connaissance orientée vers l'action au service de décisions qui prennent la forme de politiques, dont les bénéficiaires sont invités à développer une culture responsable. Elle met en tension des savoirs et une vision du monde objective (données épidémiologiques, scientifiques, techniques...) avec des représentations et une vision du monde subjectives (Fassin, 2015) pour éclairer la gouvernance et les politiques de santé (Dozon & Fassin, 2001).

2.3.3 L'approche économique de la santé et la dimension éthique de la santé publique

Pour l'OMS, « *L'Economie est l'étude de la façon dont les personnes et la société emploient des ressources productives rares⁸(pour lesquelles des utilisations alternatives sont possibles) pour produire différentes marchandises, les distribuer dans les différents groupes de la société et les consommer* » (OMS, 2003). Son objectif est de trouver les moyens de distribuer les ressources de manière efficace et équitable, c'est-à-dire de sorte que tout le monde puisse être traité de manière égale (*équité horizontale*), en contribuant à l'effort financier en fonction des moyens et des capacités propres à chacun (*équité verticale*).

Dès lors, l'économie sort de son champ purement pécuniaire pour revêtir une dimension éthique dans sa finalité même. La santé qui, rappelons-le, est une richesse collective, correspond à l'une des ressources épuisables, qu'étudie l'économie de la santé, *une forme d'économie normative, ou d'économie du bien-être*. Elle « *se donne pour finalité d'estimer combien le travail économique contribue au bien-être de la société* » (OMS, 2003). Elle ne se réduit donc pas seulement à l'analyse des comptes et des dépenses dans une logique d'encadrement restrictive

⁸ Insuffisantes par rapport aux besoins

mais s'attache au contraire à garantir une forme de justice sociale. Elle s'intéresse à l'organisation du système de santé et de la protection sociale, à l'offre et aux demandes de soins mais aussi aux comportements à risque pour la santé, à la prévention des maladies... à leurs prix et à leurs coûts... Elle est une branche de l'économie qui envisage la santé comme une marchandise. « *La santé est une activité économique, inséparable de l'organisation de l'économie, et dont le rapport à celle-ci est à rechercher dans son économie propre* » (Triby, 2007, p. 4). En effet, le principe de solidarité sur lequel repose le financement de la santé dans la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest garantit, particulièrement en France, un haut niveau de protection et de sécurité sociale, qui permet l'accès à des soins de qualité à leurs populations, indépendamment de leurs revenus.

Ce modèle résolument humaniste qui reconnaît à la santé une valeur inestimable, représente néanmoins un coût considérable pour la collectivité. En 2018, les dépenses de santé de la France se sont élevées à 203,5 milliards d'euros dont 78.1% ont été pris en charge par la sécurité sociale, 13.4% par les organismes complémentaires et 7% seulement sont restés à la charge des ménages (DREES, 2019). La part des richesses nationales consacrée au budget de la santé est l'une des plus élevées de l'Organisation de Coopération de Développement Economique (OCDE), derrière les États-Unis, la Suisse et l'Allemagne (11,2% du PIB⁹ contre 8,8% en moyenne), tandis que les ménages français sont ceux qui sont les moins mis à contribution. L'économie de la santé est donc « *une réalité massive et incontournable du monde contemporain. Mais tenir pour acquise la conjonction du sanitaire et de l'économique ne saurait équivaloir à la supposer a priori exempte de toute contradiction essentielle* » (Sève, 1995, p. 395). En premier lieu, et bien que l'OMS considère la santé comme un état de complet bien être, les dépenses dites « de santé » correspondent en réalité et particulièrement en France, à celles des soins et ne recouvrent pas toutes les dépenses qui y contribuent pourtant (éducation, culture, loisir, conditions de vie...), ce qui peut expliquer « *une certaine négligence des déterminants non médicaux de la santé et de leur rôle crucial sur l'état de santé de la population renvoyant au débat santé-médecine* » (Ulmann, 2004, p. 29).

Cela peut expliquer aussi que les professionnels du soin réduisent le plus souvent l'économie de la santé à l'économie médicale et à l'économie des soins, c'est-à-dire à l'effort économique visant à réduire les dépenses : gestion des ressources humaines et réduction des effectifs, restrictions en matériel impliquant des pénuries ou l'usage de matériel de moindre qualité, Tarification A l'Activité (T2A), qui conduit à réduire les durées de séjour et à revoir

⁹ Produit Intérieur Brut

l'organisation des soins avec des répercussions sur la qualité générale... Elle est donc associée à un sentiment négatif et crée des tensions au sein de la communauté professionnelle, particulièrement dans les soins généraux, mais aussi dans le secteur social : « *Ce slogan volontiers répété, « la santé n'a pas de prix » (pas plus que l'action sociale), exprime une résistance telle que toute approche économique des questions de santé équivaut à une volonté de rationner les soins, toute préoccupation d'efficacité à une mise en doute intolérable de leur conception du métier* » (Triby, 2007, p. 3) .

Par ailleurs, les politiques de santé cherchent toutes à *respecter un équilibre délicat* entre 3 objectifs (Ulmann, 2004) : d'abord le *réalisme macroéconomique*, qui correspond à la double volonté de constituer d'une part, une couverture suffisante des dépenses par les recettes, sans justement, par ailleurs, entraver à la santé des personnes par des charges sociales trop élevées pour les entreprises ou les familles et susceptibles de nuire à l'emploi, au commerce... et in fine à l'économie générale. Ensuite *l'efficacité microéconomique*, c'est-à-dire la performance du système de santé, de son organisation, de l'efficacité des soins en rapport avec leurs coûts et de leur gestion y compris en termes de participation des usagers à leur gouvernance. Enfin, *l'équité sociale* qui correspond à une juste répartition de l'offre et de la qualité des soins sur les territoires géographiques sans délimitations par catégories sociales.

Mais dépenser beaucoup ou sans compter ne signifie pas forcément faire preuve d'efficacité, et encore moins d'efficience puisque l'efficience est l'efficacité relative aux moyens mobilisés. D'abord, si la santé s'entend dans sa dimension complète, l'économie de la santé ne peut être limitée à une évaluation des soins et des dépenses de santé se réduisant à mesurer leur efficacité en termes de normes biologiques et de prévalence ou de morbidité et mortalité. Elle doit confronter ses théories à d'autres approches, notamment celles des sciences humaines et sociales, et se doter d'outils qui permettent d'analyser le niveau général du bien-être et des ressources qui lui sont pré-requises, bien au-delà de la simple santé physique ou absence de maladie. Ainsi, elle propose 3 niveaux d'analyse (OMS, 2003) : *l'analyse coût-efficacité* (l'intervention la moins onéreuse est-elle aussi la plus efficace ?), *l'analyse coût-utilité* (l'intervention a-t-elle un impact significatif sur la qualité de vie du plus grand nombre ?) et *l'analyse coût-bénéfice* (les bénéfices des interventions sont-ils supérieurs à leurs coûts?). Ensuite, si elle comporte les aspects relatifs au financement de soins et aux budgets des établissements de santé, elle comprend aussi l'étude de l'impact sur la santé, des politiques éducatives, sociales, du travail, environnementales... Enfin, dans une perspective d'efficience, elle intègre dans son analyse, la valeur économique de la prévention et de l'éducation à la santé. « *La recherche d'informations sur les meilleures façons de distribuer des ressources limitées*

est un moyen pertinent pour ne pas les gaspiller » (OMS, 2003) et, c'est dans cette perspective que l'économie de la santé se porte conseil dans la gouvernance de la santé dont les politiques récentes ont fait de la prévention un levier pour maîtriser les dépenses. La prévention telle qu'entendue de manière traditionnelle dans ses dimensions *primaires* (éviter la survenue de la maladie), *secondaires* (dépister la maladie au plus tôt) ou *tertiaires* et *quaternaires* (prévenir les complications et les rechutes, la surmédicalisation) se réfère surtout à la maladie plutôt qu'à la santé.

Une nouvelle classification, à laquelle les acteurs de SP préfèrent adosser leurs pratiques depuis quelques décennies présente la prévention de manière beaucoup plus globale sans référence à la pathologie ou au risque de maladie. Elle distingue la *prévention universelle* qui s'adresse à tous les individus et correspond à la promotion de la santé telle que définie par l'OMS, la *prévention sélective* ou *orientée*, qui porte sur des sujets à risque et tente d'éviter la maladie (prévention primaire et secondaire), et enfin la *prévention indiquée* ou *ciblée*, qui concerne uniquement les malades et les aide à mieux vivre avec leur maladie et à gérer leur traitement (prévention tertiaire, éducation thérapeutique). Quel que soit son niveau ou son orientation, la dimension économique de la prévention interroge *l'efficacité de celle-ci dans l'absolu*, mais également comparablement aux *solutions alternatives* (Lamoureux, 2009). Elle confronte l'efficacité des politiques et interventions curatives et préventives mais aussi les stratégies préventives entre elles.

L'éducation et la prévention sont des leviers en économie de la santé, qui s'intéresse alors aussi à l'économie de l'éducation à la santé. Elle mesure l'investissement éducatif en lien avec les bénéfices sur la santé et le bien-être des individus ou des groupes qu'elle a ciblés.

De nombreuses recherches permettent de montrer les bénéfices d'actions de prévention primaire en termes de coûts mais le problème avec la prévention, contrairement à la plupart des stratégies curatives est qu'elle produit des effets qui se mesurent le plus souvent sur le long terme. Son économie représente une sorte de placement pour l'avenir alors que le plus souvent ce sont des solutions immédiates que réclament les professionnels et les usagers. La prévention est un *investissement*, c'est-à-dire *une dépense immédiate en vue d'un gain ultérieur plus ou moins hypothétique*, au sein d'un *environnement incertain* (Lamoureux, 2009). L'économie de la santé place en tension une économie de matériaux, de matériels, d'infrastructures, d'aides et de ressources humaines qui sont reliés à des besoins immédiats avec une économie de prévention qui se projette dans un futur mal délimité et difficilement déterminable. Pourtant, certaines expériences dans la santé au travail et la prévention des risques, par exemple, ont montré que la prévention pouvait engendrer des performances économiques pour les entreprises

qui développaient une politique préventive efficace. Ainsi, une étude microéconomique de l'OPPBT¹⁰ qui portait sur les effets des actions préventives dans les entreprises de travaux publics a révélé que « *sur les 101 cas étudiés, 93 génèrent plus de gains que de coûts, ce qui donne un rendement moyen (gains/coûts) de 2,19 ! Ainsi globalement pour 100€ dépensés dans une action en faveur de la prévention, l'entreprise retire 219 € de gains, soit un bénéfice net de 119 €* ». (OPPBT, 2013, p. 5). Pourquoi ne pourrait-il en aller de même pour la santé et les institutions qui la gouvernent et ne représentent, en fin de compte, qu'une vaste entreprise productrice de soins ?

En synthèse, l'économie de la santé est une sous-discipline de l'économie et de la SP qui a pour finalité une juste répartition des ressources qui conditionnent la santé. Dans cette perspective, *rationalité financière* et *efficacité sanitaire* peuvent aisément se trouver en tension, « *c'est pourquoi leur relation en appelle à un troisième terme que l'économie de la santé paraît trop peu souvent prendre en compte : l'éthicité des choix opérés, seule garante de leur optimisation au plein sens anthropologique et civilisationnel du mot* » (Sève, 1995, p. 396). En d'autres termes, l'éthique est une manière de ne pas opposer l'économie au social. Elle est donc au cœur de la démarche économique, particulièrement en économie de la santé et, partant, la SP comporte une dimension éthique. On peut donc s'interroger sur la légitimité des politiques de maîtrise des dépenses de santé (Ulmann, 2004). Nous verrons dans le chapitre IV, notamment à travers l'analyse de la crise sanitaire de 2020 que si la SP est productrice d'éthique, elle pose aussi un certain nombre de questions et d'enjeux sociétaux.

Synthèse du chapitre 2

La complexité de la SP tient à son interdisciplinarité et à l'analyse multidimensionnelle qu'elle implique, pour pouvoir comprendre l'état d'esprit qu'elle sous-tend. Sa finalité et sa légitimité prennent racine aux confluent des évolutions de la société et d'une humanisation des questions de santé, au moment où paradoxalement, il est question de les rationaliser, dès lors qu'il s'agit d'un droit garanti par l'État.

La SP engage donc un élargissement de point de vue, du singulier au collectif, et dans une réflexion éthique sur le sens du soin dans une perspective sociale. Problématiser la SP, c'est aussi questionner les valeurs professionnelles et citoyennes qui déterminent l'agir soignant et celui d'utilisateur.

¹⁰ Organisme Professionnel De Prévention du Bâtiment et Travaux Publics

En ce qui concerne la formation en SP, il ne s'agit donc pas seulement d'apporter des savoirs mais de mobiliser cette complexité dans la problématisation des situations professionnelles rencontrées : donner du sens aux savoirs et motiver un questionnement et un positionnement professionnel qui tiennent compte des aspects culturels de la santé.

Nous pouvons donc retenir que pour dispenser un enseignement en SP qui trouve une attention et un intérêt, il doit trouver d'abord son ancrage pratique, pour présenter les liens avec les savoirs ensuite. De même, qu'en référence à l'enseignement de l'économie dans le domaine social,

« Il ne suffisait pas de transposer plus ou moins adroitement les analyses de l'économie de la santé ou de l'action sociale. Il fallait produire un type de connaissance qui intègre à la fois le point de vue du professionnel (celui de l'activité), le point de vue de l'institution (celui de l'évaluation de l'activité), le point de vue du système de santé (celui de l'organisation tendue par des objectifs et confrontée à des contraintes), le point de vue collectif ou « public » (celui de la possibilité et de la légitimité d'une fonction sociale) (Triby, 2007, p. 3).

3. Les soins infirmiers et la santé publique : l'évidence d'une rencontre qui ne va, paradoxalement, pas de soi

Si en théorie, les pratiques infirmières reposent sur des conceptions et des modèles de soins holistes orientés sur le *care* et au sein desquels la SP pourrait s'intégrer de manière très contemporaine, elles sont dans la réalité professionnelle, plutôt influencées, parfois étouffées, par le paradigme médical, dominant dans les milieux où elles se déploient. Tandis que d'un côté, et depuis sa naissance, la profession n'a cessé de défendre, dans les discours, son autonomie et sa plus-value, elle s'est, dans les pratiques, soumise aux attentes et normes institutionnelles qui favorisent le *cure*. Malgré des politiques qui ont intégré la SP dans les formations des professionnels de santé, et la succession de programmes visant à l'adapter aux besoins en évolution de la société, le modèle biomédical conserve toute sa puissance et légitime encore une approche du soin centrée sur sa fonction curative. Les liens historiques entre la profession infirmière et le corps médical en sont, comme nous allons tenter de le montrer, en partie responsables mais l'hospitalo-centrisme dont souffre le système de santé en France y joue également un rôle fondamental : aujourd'hui, les IFSI sont administrés par les hôpitaux auxquels ils sont rattachés et même si le nouveau référentiel de formation prescrit une attention plus grande au *care* et à la promotion de la santé dans ses dimensions plurielles, l'apprentissage clinique qu'ils proposent, vise davantage à préparer les professionnels dans une perspective industrielle du soin. Même lorsqu'ils exercent en milieu ambulatoire ou dans des domaines spécifiques comme la santé scolaire, la médecine du travail ou la santé communautaire, nous

verrons que les conceptions des soignants restent variables et fortement influencées par le genre professionnel dominant, façonné notamment en formation clinique à l'hôpital.

À la fois cause et conséquence de cette circonscription du soin infirmier à un prolongement de l'acte thérapeutique initié par le médecin, la recherche en soins infirmiers peine à se développer. Les infirmiers sont confinés dans un rôle d'auxiliaire exécutant. En effet, le rôle propre n'ayant pas de réelle valeur dans l'institution hospitalière, les infirmiers préfèrent s'en référer à un rôle, peut-être plus dépendant, mais valorisé et reconnu. Nous verrons que dans les pratiques, cette conception du rôle intègre très peu la SP, voire pas du tout, de manière déclarée en tous les cas. Dans la partie qui suit, et eu égard à la forte féminisation qui a marqué l'histoire professionnelle, nous utiliserons le terme *infirmière* plutôt que celui d'infirmier.

3.1 Approche historique : des pratiques ancrées dans des valeurs et des conceptions religieuses, féminines, et sous domination médicale

3.1.1 La construction d'une profession : encore une histoire sociale...

À l'instar de la SP, la profession infirmière telle que nous la connaissons aujourd'hui, est née et s'est développée dans la continuité des mutations de la société et de ses besoins, à travers les siècles. Si les pratiques soignantes ont, pour ainsi dire toujours existé, la constitution du corps professionnel infirmier ne s'est véritablement amorcée que vers la fin du XIX^e siècle dans le même mouvement que la publicisation massive des questions de santé. L'infirmière moderne est, en quelque sorte, fille de la SP. On pourrait être tenté de penser, de prime abord, que leurs destinées s'articulent, dès lors, en parfaite harmonie mais ce serait omettre que les valeurs et conceptions associées aux pratiques infirmières actuelles n'en sont pas moins influencées par un ensemble de facteurs culturels, sociaux et religieux, reliés à des faits historiques bien plus anciens. A partir de là, « *Savoir d'où l'on vient c'est savoir qui on est. Chercher à décrypter son histoire professionnelle peut permettre de comprendre ses racines ou plus simplement, de rendre lisible un message perdu aux origines d'un métier* » (Viard, 2012, p.1).

Des origines religieuses

Ainsi que nous l'avons vu dans le premier chapitre, au MA, l'Église catholique va organiser les soins et les confier aux communautés religieuses, essentiellement masculines jusqu'à la fin du XII^e siècle. À partir du XIII^e siècle, les femmes entreront dans les fonctions soignantes, mais

toujours au sein d'ordres religieux. Les premières traces du mot *enfermier*, dérivé de *enfermerie* et *infirmus* (infirmes) remontent à 1398. *Enfermière* ou *infirmière* désignait alors, dans les ordres religieux, la moniale responsable de la prise en soin de ses consœurs malades. L'appellation deviendra courante, vers la fin du XV^e siècle, pour nommer la sœur infirmière ou le moine infirmier, puis elle sera utilisée dans les hôpitaux pour désigner une partie des domestiques, anciens soldats ou enfants élevés en leur sein (Diebolt, 2013). Dans les sociétés occidentales, les soins seront dès lors, de plus en plus souvent confiés aux ordres religieux féminins qui s'organisent au sein d'*Hôtel-Dieu* ou *Maison-Dieu*, lieux d'accueil ouverts aux nécessiteux, où l'on soignait pour l'amour de Dieu. L'ordre des *Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris* serait l'une des premières communautés religieuses vouée exclusivement aux soins (Dubois Fresney & Perrin, 2017). C'est donc d'abord sous l'impulsion du christianisme que s'est développée la fonction soignante et elle restera longtemps sous l'égide d'ordres religieux. Dans cette perspective, c'est la charité au nom du divin qui engage les activités des premières infirmières « *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* » (Calbéra, 2003, p. 55). L'obligation de clôture, liée au statut religieux de ces premières soignantes professionnelles constituera aussi un frein à leur développement en les confinant dans des hospices dont elles s'extraieront rarement.

Il n'y a pas de formation, le métier s'apprend auprès des plus anciennes et *sur le tas*. En 1633, inspiré d'une forme de pré-modernité, *Saint Vincent de Paul* fondera une première ébauche d'école d'infirmière dédiée à des jeunes femmes qui ne seront pas nones : *la compagnie des filles de la charité* ; elles sont recrutées parmi les milieux riches pour porter assistance aux plus pauvres et aux malades, « *Ce sont des jeunes filles de moins de 28 ans, jouissant d'une réputation irréprochable et d'une santé robuste, issues d'une famille respectable et n'ayant jamais occupé un emploi servile* » (Mordacq, 1977, p. 12). *Les dames de la charité* sont une sorte de mécènes dont les offrandes permettent de secourir les pauvres. Elles sont assistées des filles de la charité ou *compagnie des soignantes*. Plus souvent appelées *les sœurs de Saint Vincent de Paul*, elles pourront aussi sortir des hospices pour visiter les pauvres et les malades, en avant-garde des infirmières visiteuses du XX^e siècle. Bien que formées pour agir avec compétence, elles œuvrent toujours dans un esprit de charité et de soumission aux médecins, à l'Église qui les entretient et aux généreux donateurs qui leur permettent d'accomplir leurs missions. « *Cette notion va persister longtemps et plus particulièrement dans la reconnaissance*

de la fonction infirmière qui est classée bénévole à partir d'une vocation. [...] (elle) perdure peut-être encore avec nostalgie pour certains » (Duboys Fresney & Perrin, 2017, p. 10).

Dans les représentations sociales associées à la profession infirmière, la notion de vocation reste prégnante jusqu'à la fin du XX^e siècle. On la retrouve toujours, au moins de manière informelle, dans certains discours contemporains : « *Est-ce un reste de l'héritage de cette conception traditionnelle, selon laquelle le soin aux malades est œuvre charitable, réservé à des êtres spécialement appelés et doués, héritage qui, traversant l'évolution moderne, se révèle être un véritable attachement à des valeurs morales de dévouement, de disponibilité, de service et de désintéressement ? Il est permis de le croire »* (Parrot, 1973, p. 52). Plus tard, médecins et administrateurs d'hôpitaux encourageront les congrégations religieuses à s'inspirer du modèle de Saint Vincent de Paul mais il n'y aura pas de véritable changement jusqu'à la laïcisation de l'État et des hôpitaux après la Révolution française.

Une laïcisation des soins difficile malgré la Révolution Française

À partir de 1789, le personnel laïc entre discrètement dans les hôpitaux, mais les religieuses restent un personnel peu coûteux et détenteur d'un savoir qui leur permet de garder longtemps une forme de pouvoir, se faisant, les malades sont pris en charge par des sœurs soignant des âmes plutôt que des corps (Knibiehler & Hess, 2011). On voit dès lors, se profiler, une première rupture entre la profession infirmière et sa matrice et mère nourricière, la SP, qui va évoluer beaucoup plus rapidement en dehors du religieux. Tandis que la SP repose sur les statistiques et la science, les soins continuent de relever du salut pour les infirmières. Depuis toujours, et c'est sans doute encore le cas, « *L'infirmier officie aux rites du maintien de la santé, dernier espace sacré que le citoyen ne souhaite pas voir sacrifier à l'hôtel de la crise économique »* (Viard, 2012, p. 8). A partir de la fin du XVIII^e siècle, avec le départ progressif des religieuses, essentiellement dans les grandes villes, les administrateurs recrutent surtout dans les catégories sociales populaires et sans instruction, pour un modeste salaire. Ils assurent en échange l'entretien, l'habillement et le logement, reléguant le métier à un statut très faible dans l'échelle sociale (Duboys Fresney & Perrin, 2017), mais avec le Concordat en 1801 et la Restauration en 1814, les congrégations religieuses retrouvent l'intégralité de leurs prérogatives. Vers 1880, trois sortes de *militantismes* vont favoriser l'avènement de la profession infirmière : celui de la révolution pasteurienne, du côté des médecins, celui des hommes d'État républicains du côté du pouvoir, et celui des premières féministes au niveau de la société. Ainsi, afin de mettre en place un système de soins efficaces et intégrer des soignantes laïques et formées, il a fallu bouleverser les valeurs, ce qui n'a pas manqué de résistances (Knibiehler & Hess, 2011). En

effet, vers la fin du XIX^e siècle, l'évolution des missions de l'hôpital va créer un besoin, pour assister les médecins, de personnel instruit, compétent et docile, ce que les religieuses n'étaient pas toujours. « *Au temps où l'hôpital était un lieu de refuge, les sœurs accueillaient les pauvres malades et les soignaient à leur manière ; elles n'avaient pas l'habitude d'obéir au médecin* » (Knibiehler & Hess, 2011, p. 52). On reproche notamment aux religieuses leur *obsession pour le péché sexuel* qui les conduit parfois à refuser les soins aux filles mères ou atteintes de maladies vénériennes et surtout de faire prévaloir les ordres reçus de leur hiérarchie ecclésiastique plutôt que de se référer à l'autorité médicale. « *Qu'il s'agisse de réorganiser le service sanitaire des armées, d'instruire des bénévoles ou de combattre des fléaux qui ruinent « la race » (l'alcoolisme, la tuberculose, l'avortement), l'intérêt national est en jeu. Dans ces perspectives, l'organisation du métier d'infirmière prend l'importance d'un service public* » (Knibiehler & Hess, 2011, p.55).

Une professionnalisation qui visait surtout à assister le corps médical

Sous l'impulsion du *Dr Désiré Magloire Bourneville*, fervent défenseur de la cause infirmière et de la laïcité, les écoles d'infirmières des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre vont voir le jour en 1878. La formation associait enseignement primaire et professionnel sous la forme de cours du soir. Les programmes seront construits par le corps médical, soucieux de *formater* un personnel auxiliaire compétent et les cours seront dispensés par des médecins et internes. Les contenus seront eux, essentiellement médicaux : anatomie et physiologie, notions d'hygiène, d'asepsie, de petite chirurgie, réalisation de pansements, petite pharmacie, soins aux femmes en couche et aux nouveau-nés... (Duboys Fresney & Perrin, 2017). « *L'infirmière exécute un travail codifié dont les formes sont décrites exactement du moins dans les manuels, ses attributions sont précises et cernées par des règlements minutieux. On cherche à former des spécialistes dont la panseuse, en chirurgie, est le prototype.* » (Leroux-Hugon, 1987, p. 60).

A partir de 1883, sera délivré un diplôme d'école, sur la base de l'assiduité aux cours et de la réussite à plusieurs épreuves, mais les exigences restent centrées sur les connaissances biomédicales et la soumission au corps médical. Bien qu'elle ait le vent en poupe, l'hygiène sociale ne fait pas partie de la formation infirmière, encore moins de ses attributions. Ainsi, en se détachant progressivement de l'ascendant religieux, les infirmières laïques se sont soumises à un nouveau pouvoir, perçu comme une opportunité d'émancipation par ses aspects techniques et scientifiques et leur imposant désormais les influences d'une double *filiation matrilinéaire religieuse et patrilinéaire médicale* (Collière, 1982).

En effet, l'avènement de la profession infirmière est indéniablement relié à la médicalisation des soins qui a accompagné la révolution pasteurienne, la naissance du biopouvoir et la reconnaissance de l'utilité sociale des femmes pour des fonctions prétendues spécifiquement féminines comme les soins (Knibiehler & Hess, 2011) ; « *La classe médicale a élaboré un système de société fondé sur une visée thérapeutique qui s'élargit à toute la question sociale. La femme y a sa place en tant que collaboratrice et l'infirmière en tant qu'auxiliaire du médecin* (Leroux-Hugon, 1987, p. 56). Dans un discours de remise de prix en 1905, médecins et hommes de loi dressent le portrait de cette nouvelle professionnelle :

« *Nous la choisirons autant que possible parmi ces vaillantes filles du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire... Nous la désirerions mariée et mère de famille, car il est des délicatesses de sentiment pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans le cœur des mères. Cette infirmière, plébéienne d'origine, serait dépourvue de morgue et de dédain, elle saurait se faire respecter sans se faire haïr* » (Knibiehler & Hess, 2011, p. 56).

Mais cet engouement pour l'infirmière laïque ne fera pas l'unanimité tout de suite, et deux systèmes vont évoluer en parallèle. C'est surtout dans les grandes villes, et notamment à Paris que le modèle de l'Assistance Publique (AP) va d'abord se développer ; dans les campagnes, les médecins et responsables locaux sont partagés et continuent de voir en la seule religieuse les qualités de cœur et de morale requises à l'exercice du soin. Un bon nombre d'écoles d'infirmières seront alors fondées par des congrégations religieuses catholiques et protestantes qui délivraient des formations de qualités variables.

En 1866, la Croix Rouge française va, elle aussi proposer une formation pour les auxiliaires soignants bénévoles chargés des blessés de guerre. Le recrutement se fait plutôt parmi la bourgeoisie, dans un esprit assez similaire à celui des filles de la charité. Comme l'exprime la comtesse d'Alix, « *Parce que toute femme appartenant à un certain milieu social ne doit pas se borner à remplir ses devoirs de foyer (...) ce sont les devoirs sociaux, le patriotisme et l'humanité qui doivent d'abord bénéficier du rôle nouveau de la femme...* » (Knibiehler & Hess, 2011, p. 65).

Au début des années 1900, le Dr Anna Hamilton, qui consacre sa thèse aux infirmières est très critique face aux différentes figures qui représentent la profession. Pour elle, les infirmières de l'AP manquent d'éducation et de compétence, elles ne sont que de *vulgaires et médiocres domestiques* – les religieuses sont dévouées mais *leur hostilité aux progrès scientifiques*, notamment, *représente un obstacle de taille* – quant aux infirmières de la Croix Rouge, elles

sont *élégantes mais ignorantes*. Influencée par les théories de soins anglo-saxonnes et en particulier par *Florence Nightingale* que nous présenterons plus loin, Anna Hamilton souhaite promouvoir en France, le modèle de l'infirmière « *femme d'éducation* », douée d'aptitudes intellectuelles et morales. Selon elle, l'infirmière doit être recrutée dans la même classe que le médecin mais elle est favorable au célibat des *neurses*¹¹, car selon elle, la charge de famille est incompatible avec la profession. C'est dans cet esprit que seront ouvertes de nombreuses écoles privées laïques (Knibiehler & Hess, 2011).

Au début du XX^e siècle, la profession va donc intéresser les médecins mais aussi les hommes politiques, soucieux pour les premiers, de se doter d'assistants dévoués ne se présentant pas comme des concurrents, et pour les seconds de proposer aux femmes, un travail qui corresponde aux aptitudes féminines de la mère et qui réponde à des besoins dans la nouvelle gestion publique de la santé. L'infirmière idéale devait être suffisamment intelligente pour exécuter efficacement les ordres mais suffisamment docile pour ne pas les contester.

« 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, amie 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 »¹².

La suprématie de la hiérarchie médicale s'est installée de facto à l'hôpital. De nombreux manuels sont édités à l'intention des infirmières et celle des administrateurs d'hôpitaux ; le plus souvent sous égide médicale, ils éclairent fréquemment le discours politique. Une forme de *code de bonne conduite* infirmière émerge de l'ensemble de ces publications, de manière commune, elles mettent l'accent sur les nécessaires subordination et soumission. « *Formée par et pour le médecin, elle reste à son service. Sa fonction ne comporte aucune spécificité* » (Knibiehler & Hess, 2011, p. 69).

Dès 1900, les bornes du territoire médical dominant ont été instituées et légiférées et ont légitimé le rapport de pouvoir qu'entretiennent les deux professions.

« La commission a voulu que les infirmières ne fussent jamais tentées de prendre une initiative qui n'appartient qu'au médecin. L'infirmière a un rôle très utile mais exactement limité, elle est l'aide du médecin dont elle doit suivre les prescriptions avec une obéissance passive. Il faut qu'elle soit à même d'apprécier suffisamment l'état du malade pour rendre compte au médecin de ce qui s'est passé en son absence, de faire prendre à propos les médicaments ordonnés, sans pour cela prétendre poser un diagnostic ou faire de la thérapeutique. Elle doit, en un mot, seconder le médecin, mais ne jamais se substituer à lui ; et le meilleur moyen de l'en empêcher est de limiter son instruction aux choses de son état » (Poisson, 2008, p. 56).

¹¹ Orthographe utilisée par le médecin dans sa thèse

¹² Circulaire n° 7083 du 28 octobre 1902 qui rend obligatoire les écoles d'infirmières et donne la première définition officielle de l'infirmière.

Une émancipation professionnelle lente

Après la guerre de 1914/18, les missions américaines en France impulseront une nouvelle dynamique dans la formation des infirmières, notamment des infirmières visiteuses. Elles initient un modèle d'interventions soignantes en SP, dans son acception moderne, en particulier en termes de lutte contre la tuberculose et de protection de l'enfance (Mordacq, 1977). Mais en 1932, elles se dissocièrent du groupe infirmier pour constituer celui d'assistantes sociales, ce qui marquera une nette séparation des secteurs médical et social augurant les dichotomies professionnelles et les conceptions variables dans les pratiques contemporaines. Tout comme pour la médecine, l'histoire de la SP et celle des infirmières se sont croisées mais sans vraiment encore se rencontrer ! Dans le même esprit critique que le Dr Hamilton, *Léonie Chaptal* se mobilise avec d'autres pionnières pour un enseignement de qualité et un exercice reconnu. Œuvrant à l'élaboration des programmes de formation et à leurs contenus, elle contribuera en 1922 à la création du premier diplôme d'État d'infirmière : un brevet national de capacités d'infirmière professionnelle, permettant de porter le titre d'infirmière. Il est délivré par le ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale. Il fait suite à une formation de deux ans comportant un programme officiel. De nombreuses écoles, dont celles de la Croix Rouge recevront un agrément du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières et le phénomène s'étendra progressivement au cours de la première partie du XX^e siècle, à l'ensemble des écoles. Tandis que la première guerre mondiale va permettre à la profession de s'affirmer et d'introduire des courants de pensées modernes provenant d'Outre-Manche et d'Outre Atlantique, « *Au côté des combattants et au service des blessés, toutes ces femmes soignantes inscriront durablement l'image du dévouement et du service face à l'horreur d'une guerre totale. C'est sans doute ce paradoxe qui fera de cette guerre inhumaine l'humus d'un processus d'organisation d'une profession tournée vers l'autre* » (Viard, 2012, p. 8).

La deuxième guerre mondiale va permettre aux infirmières d'initier l'affranchissement médical. En effet, avec les progrès de la science et des technologies, les médecins ont besoin d'assistance pour les gestes techniques et les infirmières se forment et se spécialisent dans certaines activités jadis dévolues aux médecins : antibiothérapies, prélèvements pour examens biologiques... D'un autre côté, des divergences de conceptions et de considérations vont freiner la formation d'un corps professionnel uni, les infirmières de l'AP et celles de la Croix Rouge ne s'acceptent pas (Calbéra, 2003). Au cours du XX^e siècle, la profession et la formation vont tout de même évoluer sous l'impulsion de grandes professionnelles dont Léonie Chaptal sera inspiratrice et coordinatrice. En 1924, elle crée l'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'État

Français (ANIDIEF) qui adhèrera au Conseil International des Infirmières (CII) dès 1925. Ce Conseil a été créé en 1899, à l'initiative et par les infirmières d'Angleterre, du Canada et des États-Unis, qui contrairement à leurs homologues françaises, avaient pris en mains leur profession en organisant, elles-mêmes, les études et les conditions de délivrance des diplômes. La singularité française dans la construction de son corps professionnel infirmier explique, en partie, la difficulté particulière qu'éprouvent les infirmières à s'autonomiser professionnellement et dans leurs pratiques, à la différence des infirmières anglo-saxonnes à cette même époque. En 1923, Léonie Chaptal, s'associe au Professeur Calmette pour créer la première revue nationale des infirmières, *La revue de l'infirmière*, et en 1926, elle lance la *Bibliothèque de l'infirmière*. Elle sera élue présidente du CII en 1929 (Duboys Fresney & Perrin, 2017).

En 1937, une loi rend obligatoire la possession d'un diplôme pour exercer la profession puis, en 1938, le brevet de capacité est transformé en diplôme supérieur d'infirmière hospitalière de l'État. Il est créé, la même année, un nouveau diplôme supérieur qui conduit vers l'encadrement ou l'enseignement, devenu le diplôme de *cadre de santé*. Mais avec la guerre il faudra attendre 1951 pour que voit le jour la première école de cadre de soins infirmiers, créée par la croix Rouge (Duboys Fresney & Perrin, 2017). En 1949, naît le Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières (CEEI) qui deviendra le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC) en 1994. Malheureusement, trop orientée sur des aspects normatifs, en liens notamment avec le corps médical, la profession « *n'a pas su profiter de l'hygiène sociale pour imposer en France son autonomie et sa spécificité. La résistance des institutions était certes un frein important. [...] L'infirmière apôtre de l'hygiène était une idée trop neuve ; les mentalités n'étaient pas mûres* » (Knibiehler & Hess, 2011, p. 227). En 1972, sous l'influence des théories anglo-saxonnes et de l'OMS, la réforme des études infirmières introduit la notion de soins à la personne, se singularisant de la seule approche pathologique. La formation passe à 3 années dont la première est consacrée à la personne saine et à ses besoins fondamentaux (Gardin & Grosjean, 2006). Le *rôle propre* infirmier a été reconnu par la réglementation professionnelle en 1978. Il attribue à l'infirmière une autonomie de décisions et d'actions dans des domaines encadrés par le Code de la Santé Publique (CSP) : soins d'hygiène et soins quotidiens, raisonnement et démarche clinique infirmière, éducation et promotion de la santé, soins relationnels... L'article R. 4311-3 du CSP le définit ainsi :

« *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière 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*

ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 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. »¹³.

Après évaluation des besoins du patient et grâce à une méthodologie rigoureuse de raisonnement hypothético déductif, l'infirmière est habilitée et doit, de par son rôle propre, prendre les décisions nécessaires pour restaurer ou maintenir la santé des personnes. Selon la loi, il ne s'agit pas seulement d'une reconnaissance de compétence mais d'une véritable responsabilité professionnelle. En effet, dans le cas où un défaut d'analyse de situation clinique conduirait à une nuisance pour le patient, la responsabilité de l'infirmière serait directement engagée. Le rôle propre apparaît alors, non seulement comme un droit d'existence professionnelle autonome mais aussi comme un devoir professionnel. Pour faciliter et organiser cette nouvelle autonomie, la profession s'est dotée d'outils conçus par leurs consœurs anglo-saxonnes. Les diagnostics infirmiers en sont un exemple et consistent en l'«*énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents et potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille, ou d'une collectivité. Ils servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte de résultats dont l'infirmier est responsable*»¹⁴. Le dossier de soins, lui, permet de structurer la démarche clinique et de se transmettre les informations entre soignants. S'ils sont promus en formation théorique depuis les années 1990 et exploités dans la formation clinique surtout pour leur valeur formative et évaluative, les diagnostics infirmiers restent considérés comme scolaires et sont peu mobilisés après l'obtention du diplôme. «*Il s'agit là sans doute de la création néologique la plus audacieuse [...] : « Le diagnostic infirmier suscite bien des réactions chez les infirmières, certaines positives, d'autres négatives ». La cause en est que « les infirmières ont lié historiquement de façon exclusive le mot diagnostic à la médecine » ... »* (Gardin & Grosjean, 2006, p. 110).

Des programmes de formation et des contenus qui évoluent peu

Entre 1970 et 2009, la profession va connaître une alternance de programmes d'études sans que ne soient modifiés vraiment, l'enseignement clinique et l'organisation des activités hospitalières. L'enseignement théorique subit des transformations dans sa structuration mais sans vraiment aboutir à des changements en profondeur : malgré tout, l'infirmière en soins généraux reste dévouée au corps médical et à ses prérogatives. Elle continue d'exercer

¹³ Article R4311-3 du CSP concernant les actes professionnels

¹⁴ Définition de l'association nord-américaine des diagnostics infirmiers (NANDA)

majoritairement selon le versant thérapeutique sans réellement mettre en œuvre le rôle propre qui pourrait lui permettre de raisonner SP et d'œuvrer en faveur de la promotion de la santé. Si au début du XX^e siècle, le Nouveau Larousse Illustré donnait de la profession, la définition suivante : « *Personne qui soigne les malades dans une infirmerie, un hôpital...* », l'infirmier est en 1977, pour le Petit Larousse, une « *personne qui sous la direction des médecins, soigne les malades à l'infirmerie, à l'hôpital, à domicile* » et en 1991, pour le Petit Robert, une

« *personne qui, par profession, soigne les malades et s'en occupe sous la direction des médecins ou en appliquant leurs prescriptions* » ; « *Notre naïf pourrait déduire que les infirmiers/ères qui avaient, jusque vers 1970, une activité relativement autonome comparable à celle des médecins (ils (elles) «soignent les malades») ont été, à partir de cette époque, subordonnés aux médecins. La profession aurait donc perdu de son autonomie, ce que dit le plus fortement la définition du Petit Larousse Médical de 1986 : l'infirmier (ère) est un(e) «auxiliaire médical (e)»* » (Gardin & Grosjean, 2006, p. 103).

Un paradoxe, puisque c'est justement dans les années 1970 que la profession s'est vue reconnaître une autonomie professionnelle.

En 1992, la formation s'uniformise réunissant les infirmiers de secteur général et psychiatrique au sein d'un diplôme unique. L'Ordre National Infirmier (ONI) est créé en 2006 et participe désormais à l'organisation de la profession, même si à ce jour, son influence reste très relative. La dernière réforme du programme de formation, toujours en vigueur, remonte à 2009. Elle la fait entrer dans le système universitaire européen LMD¹⁵ et propose un programme qui vise l'acquisition de 10 compétences de base au terme d'une formation de trois ans reposant sur l'alternance.

Sur les 10 compétences, 9 relèvent directement du rôle propre de l'infirmier, pourtant, d'une manière générale, il semblerait que le rôle propre de l'infirmière soit encore peu reconnu et peu investi par les infirmières, particulièrement à l'hôpital. « *... Ce rôle, qui leur est « dévolu », ne leur convient pas en tant que tel. Parce que, confronté à la réalité et sans préjuger de son utilité, ni même de sa nécessité pratique, il ne signifie rien a priori* » (Poisson, 2008, p. 57). Les soins relevant de la délégation médicale restent au cœur des pratiques infirmières et sont beaucoup plus valorisés y compris à l'échelle intra-professionnelle. L'autonomie des infirmières est limitée à la maigre place que leur laissent les médecins alors que leur champ de compétence réglementaire leur permet de mettre en œuvre au moins 90% de leurs activités dans le cadre de leur rôle propre. Les enseignements en IFSI sont centrés sur les processus pathologiques et les traitements alors que les activités en lien avec le rôle propre sont largement majoritaires dans

¹⁵ Licence Master Doctorat

le domaine des possibles. Sous un angle anthropologique, « *C'est l'impact de ce passé culturel brisé par la perte de la reconnaissance d'une valeur de parité dans la division sexuelle du travail, ainsi que l'influence des valeurs religieuses véhiculées depuis le MA, [...] qui doit rendre compte de la dévalorisation économique, lente, mais certaine, de l'ensemble des pratiques soignantes assurées par les femmes* » (Collière, 1982, p. 48).

3.1.2 Les conséquences de cette historicité : une profession au rôle mal délimité, toujours en quête d'identité et d'autonomie

Une profession féminine

La profession infirmière s'est donc construite au féminin dans un contexte historique et social marqué, notamment, par de fortes inégalités genrées (droit de vote, travail, rémunération, répartition des tâches...). A la fin du XIX^e siècle, la plupart des écoles d'infirmières excluaient les hommes, tandis qu'ils étaient largement majoritaires dans le corps médical. En conséquence, la profession restera presque exclusivement féminine jusqu'à la fin du XX^e siècle. A partir des années 1990, elle exercera une plus grande attraction sur les hommes, qui s'y engageront massivement, mais le taux de féminisation du corps infirmier restera très stable, aux alentours de 88%, entre 1986 et 2004 (Bessière, 2005). En 2018, il est de 86,6%.¹⁶. Dès lors, « *il est évident que les demi-échecs de Léonie [Chaptal] en matière de formation féminine professionnelle peuvent être mis au compte de la domination masculine dans la République. Dans l'histoire de la professionnalisation du métier d'infirmière se joue aussi une histoire du genre* (Thébaud, 2007) » (Diebolt, 2012, p. 106).

Dès la naissance de la profession infirmière, les représentations sociales qui y sont associées sont beaucoup moins prestigieuses que celles associées aux médecins, elles ne sont considérées que comme des exécutantes serviles et efficaces, assistantes dévouées au corps médical. D'après la loi de santé publique de 1937, « *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 indiscrettes 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* ». Jusque dans les années 1970, la médecine était très largement masculine et les relations entre médecins et infirmières seront donc influencées par les mêmes représentations et attitudes genrées que dans la société en général.

¹⁶ Chiffres DREES, <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>, consulté le 30/12/2020

« En fait, ce rapport social est comparable au modèle type du rapport de couple conjugal (Knibielher, 1984) [...] Le modèle du chef de famille, pourvoyeur de ressources et de la femme, gardienne du foyer pour l'élevage et le soin aux enfants est sous-jacent [...] Comme dans le rapport de couple, il existe une division sexuée des tâches et des assignations selon le sexe (le rapport aux soignés pour les femmes, l'élaboration du diagnostic médical, la prise de décision pour les hommes) » (Picot, 2005, p. 87).

D'après une série de recherches, dans les services où les hommes médecins sont majoritaires, le rapport social médecin-infirmière de type « *couple conjugal* » est toujours dominant au début des années 2000 (Picot, 2005). On y retrouve une organisation très hiérarchisée, une forme de misogynie et une organisation des savoirs et des activités centrés autour du corps médical. Le temps de présence médical est limité aux visites et aux staffs quotidiens (temps de prescriptions, régulation, et recommandations...) où le médecin assure son pouvoir emblématique. Les soignants assurent la continuité des soins et la prise en charge holistique des patients. Ils se chargent, en leur absence, de l'écoute et de l'accompagnement des familles.

« Les soignantes, comme les femmes dans la sphère familiale à l'égard des différents membres de la famille, sont « en disponibilité permanente » (Fougeyrollas-Schwebel, 1985) [...]. Le management médical (réunions de « staff » journalières...) est significatif de l'extensibilité du savoir médical et de l'accroissement du contrôle des médecins sur l'ensemble des activités y compris soignantes. En conséquence, les possibilités d'autonomie et d'initiative infirmières sont particulièrement restreintes » (Picot, 2005, p. 87).

On pourrait penser que la domination genrée exercée par les médecins représente, à elle seule, une raison suffisante pour expliquer le pouvoir qu'ils exercent sur la profession infirmière. Pourtant, dans les services où les médecins féminins sont majoritaires (en pédiatrie par exemple) et où la relation avec les soignants relève plus d'un modèle d'« *organisation flexible* », c'est à dire un modèle de collaboration solidaire et de proximité, d'autres tensions apparaissent.

Pour tenter de légitimer leur rôle dans un système de concurrence interprofessionnelle, qui n'est pas sans rappeler le conflit médical avec les officiers de santé au début du XIXe siècle, les infirmières s'approprient volontiers le modèle biomédical dont l'autorité scientifique est valorisante, « *Malgré la focalisation du discours sur le rôle relationnel, il existe chez les infirmières un attrait pour la dimension scientifique et technique de la médecine* » (Lert, 1996, p. 105), et lorsqu'elles identifient une fragilité dans l'exercice de leur rôle, elles retrouvent leurs repères dans un système de hiérarchie patriarcale.

« Si ces rôles sont vécus sur un mode positif, on peut faire l'hypothèse que c'est parce qu'ils réactivent un ensemble de dispositions de genre acquises au cours de la socialisation familiale et/ou bien parce qu'ils s'inscrivent dans une division sexuée des rôles que ces femmes ne mettent pas en cause. En somme, ces tâches restent dévalorisées professionnellement mais prennent un sens positif dans la division sexuelle des rôles » (Avril & Vacca, 2020, p. 95).

A la fin du XX^e siècle, la participation des directeurs de soins à la gouvernance des hôpitaux, ainsi que l'accroissement du nombre de cadres de santé dans les services, vont tendre à équilibrer les rapports de force dans l'institution hospitalière mais dans la pratique pourtant, les soins infirmiers restent encore largement subordonnés à la prescription médicale. Les infirmières ne mobilisent pas *leur liberté de penser* avec un regard qui n'est ni médical, ni administratif, pour valoriser la spécificité des soins infirmiers qui « *s'il y en a une, a peut-être à voir avec la spécificité de la place des infirmières dans le système de santé et dans la société* » (Acker, 2008, p. 66). Une étude qui visait à montrer comment infirmiers et médecins des deux sexes se représentent et évaluent leurs rapports et à « *déceler la trace de phénomènes de discrimination* » a également mis en évidence que les rapports sociaux semblent plus influencés par le statut et la fonction sociale que par le genre (Alliot et al., 2005). Il existe une forme de concurrence entre le groupe « infirmières » et le groupe « infirmier » :

« *la compétition caractérise les relations que le groupe infirmier a, dans son ensemble, avec les infirmières, alors qu'il n'en est pas question pour les médecins ; ils ne se sentent nullement en concurrence dans les relations qu'ils entretiennent avec les infirmières, probablement en raison de la stabilité et la légitimité qu'ils perçoivent à propos des différences de statut entre les deux catégories professionnelles [...] tandis que « les infirmiers dénigrent leurs rapports avec les membres du groupe de même sexe et de statut professionnel supérieur » (Alliot et al., 2005, p. 227).*

Mais l'influence exercée par l'histoire infirmière et sa double filiation se retrouve aussi largement dans les conceptions professionnelles qui s'observent et se heurtent dans les pratiques.

Trois types d'infirmières

Ainsi, une étude anthropologique dans un service de neurologie parisien a permis de mettre en évidence, concernant l'infirmière, 3 types de représentations dominantes : « *L'infirmière technicienne* », « *l'infirmière relationnelle* » et « *l'infirmière religieuse* » ou « *cornette* » (Véga, 1997). Ces 3 « *figures de la femme soignante* » en interactions avec les autres modèles professionnels (médecins, aides-soignantes, cadres...) créent alors des conflits et des stratégies de pouvoir au sein de l'institution hospitalière. « *L'infirmière technicienne* » est experte en pathologies, en soins techniques et curatifs. Ses connaissances biomédicales sont larges et sa pratique est principalement orientée vers son rôle d'assistant médical.

Le modèle de « *l'infirmière technicienne* » est « *assimilé à des savoirs techniques valorisés et à des pratiques de soins efficaces et visibles* » (Véga, 1997, p. 109). On le retrouve le plus

souvent dans les grands hôpitaux et services de pointe ou techniques (réanimations, urgences, cardiologie...). C'est aussi la représentation dominante chez les étudiants, celle à laquelle une majorité d'entre eux s'identifie. « *La technique, vue comme un bien propre aux infirmières qui s'acquiert par des études constituera le signe de ralliement. Cette technique recouvre surtout les soins pratiques, les gestes et des connaissances médicales abrégées. En peu de pays comme en France, elle sera revendiquée avec autant d'exclusivité comme la propriété des infirmières* » (Mordacq, 1977, p. 19). Si ce modèle biomédical est le plus valorisé dans l'institution hospitalière, il n'en demeure pas moins en conflit avec les 2 autres modèles. En effet, les « *techniciennes* » sont souvent considérées par leurs paires « *relationnelles* » comme des alliées du concurrent médical, éloignées des malades et délaissant les soins relationnels, éducatifs et d'accompagnement ; elles « *ne sont jamais, aux yeux de leurs collègues, que des « demi-soignantes », des « intercesseurs » du médecin jamais aussi compétentes techniquement que ce dernier tout en ayant des responsabilités très importantes* » (Véga, 1997, p. 110).

Les « *infirmières relationnelles* » représentent la dimension humaine des soins, elles fondent leur pratique sur des savoirs empiriques et intuitifs. Plus conformes à l'image traditionnelle de la femme soignante, elles sont très proches du malade et privilégient les soins relationnels et d'accompagnement. On retrouve plus souvent ce modèle dans de petites unités, généralement des structures locales ou dans les soins à domicile, les soins palliatifs... C'est le modèle le moins valorisé à l'hôpital, il est proche du modèle aide-soignant largement sous-estimé par l'institution hospitalière et opprimé par le modèle dominant. On reproche notamment aux « *infirmières relationnelles* » de ne pas être « *à la page* » en termes de connaissances biomédicales ou techniques. Elles « *sont considérées comme détentrices de savoirs profanes, oraux, peu professionnalisés, voire dévalorisés : au contact direct avec « l'impureté des corps », lors des soins de nursing (soins d'hygiène et de réconfort du malade)* » (Véga, 1997, p. 110).

Le troisième modèle comporte encore moins d'adeptes : « *l'infirmière religieuse* » est celle qui exerce son métier par vocation, elle met plus de distance entre elle et le malade, pour ne pas dire de froideur, par rapport à l'infirmière relationnelle, mais « *la vocation, attribut inséparable de l'image de cette profession sera rejetée à cause de sa confusion inévitable avec les ordres religieux, avec le célibat, et au nom de l'insuffisance de formation et de rémunération. Les soins non techniques seront rejetés à d'autres catégories de personnel sans formation car ils portent une identification avec des groupes de servants* » (Mordacq, 1977, p. 19).

Malgré la coexistence de ces trois modèles et les valeurs professionnelles qui y sont rattachées, on observe une normalisation des pratiques qui tend à privilégier les soins curatifs dont la légitimité n'est pas à démontrer et qui s'intègrent dans des rapports de pouvoirs bien établis, aux dépens des soins relevant du rôle propre dont la SP est le cœur. « *L'infirmière vit plus ou moins bien ce hiatus identitaire : elle se trouve institutionnellement au service du médecin et du travail curatif alors qu'elle est formée pour se mettre, en théorie, au service de la personne malade* » (Rothier Bautzer, 2013, p. 35).

Des représentations et conceptions variables de l'exercice du rôle

L'étude des mécanismes de construction des représentations sociales a montré que les infirmiers exerçant dans les services où les pratiques sont traditionnelles, c'est-à-dire fondées sur la division médicale du travail, le rôle prescrit était majoritairement valorisé dans les représentations, tandis que dans les unités où les pratiques se fondent sur les théories globales du soin, le rôle propre était beaucoup mieux intégré dans les représentations sociales (Guimelli, 2001). « *Il semble d'ailleurs que la source du malaise que vivent aujourd'hui de nombreux soignants n'est pas, comme on le dit trop souvent, le résultat d'une simple résistance au changement mais bien l'expression d'une profonde inquiétude sur le sens même de leur travail. Dans ces conditions, ne serait-il pas temps de prendre soin du soin... et par voie de conséquence des soignants ?* » (Svandra, 2011, p. 25).

De la même manière, il semblerait que les choix d'orientation professionnelle des étudiants en fin de cursus soient orientés par les représentations qu'ils ont du rôle propre et leur perception de l'opportunité qu'ils auront, de le mettre en œuvre ou non, en tant que professionnels : les infirmiers qui choisissent l'hôpital accordent, en majorité, une valeur fondamentale au rôle sur prescription médicale, tandis que ceux qui s'orientent davantage vers l'exercice libéral ou privé considèrent le rôle propre comme prioritaire. Ainsi à l'hôpital, ce sont les conditions d'exercice du rôle propre et la manière dont il est perçu qui orientent le choix professionnel et non les revenus ou la relation avec la hiérarchie (Guimelli, 2001). Il appartient aux cadres de santé de comprendre ces phénomènes et de les analyser afin d'apporter des solutions efficaces mais ils sont eux-mêmes stigmatisés par leur statut dans la hiérarchie ainsi que par des représentations négatives : ils sont considérés comme du personnel administratif, des « *gratte-papiers* ». On leur reproche d'être éloignés des soins et des réalités du terrain. « *Du point de vue de l'anthropologue, de nombreux cadres infirmiers, de par leur récent rôle de pivot entre les*

différents groupes, font figure de contre-modèle de la femme soignante. Les cadres cumulent un mauvais positionnement à la fois vis-à-vis du malade (éloignement des expériences de soins relationnels et de soins techniques), des médecins et de l'administration» (Véga, 1997, p. 112).

Ces représentations qui sous-tendent des valeurs de pôles opposées (technicité/scientificité, relation/empathie ou vocation/compassion) délimitent les contours de deux paradigmes complémentaires mais dont l'articulation est sensible, « *le cure* » et « *le care* ».

L'un correspond au versant thérapeutique du soin, l'autre est considéré comme une *sollicitude*, c'est-à-dire « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde, en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible* » (Tronto, 2008, p. 244).

Remarquons que, dans de larges perspectives, cette définition du *care* exprime aussi toute la philosophie de la SP. Pour Tronto, le *care* est un processus actif qui comporte 4 phases intimement liées : *le caring about* (se soucier de...) qui correspond à la sollicitude en soi et commence par la reconnaissance de son utilité – *le taking care of* (se charger de...) qui correspond à la responsabilité morale qui fait suite à la prise de conscience du besoin exprimé par l'autre – *le care giving* (prodiguer des soins), c'est la dimension active du soin en tant que telle, elle relève du don – et enfin, *le care receiving* (réception du soin) qui termine le processus mais conditionne le soin, en ce que seule la réaction de la personne à la sollicitude dont elle fait l'objet, permet de le légitimer. Si en théorie, le *care* est le fondement de la pratique infirmière (sans pour autant que la profession en ait l'apanage), « *la professionnalisation du corps infirmier français est intrinsèquement liée à celle du corps médical qui l'a entraîné dans son sillon de négligence du Care* » (Rothier Bautzer, 2013, p. 37). Le *care* ne s'oppose pourtant pas au *cure*, il en est à la fois le prolongement et la finalité et en ce qui concerne la prévention, la promotion de la santé ou la prise en charge des maladies chroniques qui sont affaire de SP... il s'impose même comme une solution alternative « *les soins dans la durée requièrent aujourd'hui un travail interprofessionnel qui vise à articuler care et cure, sollicitude, soin et traitements en intégrant et engageant le patient actif dans le soin (observance, éducation thérapeutique)* » (Rothier Bautzer, 2014, p. 101). Dans la pratique, avec les durées d'hospitalisation qui raccourcissent et l'objectivation des parcours, le soin infirmier est un moyen au service de l'axe curatif, il n'est pas une finalité en soi et la valeur et le temps accordés aux prises en charges thérapeutiques par toute l'institution de la santé conduisent les infirmières à dénigrer le *care*, même si cette posture n'est pas satisfaisante pour elles.

« Le travail de Care, quoique reconnu sous certains aspects relationnels dans l'énoncé des programmes et le descriptif de certains contenus, demeure sous toutes ces composantes massivement liées à des pratiques profanes et donc peu développées en termes de savoirs. À ce titre, les situations relevant du Care sont peu reconnues, peu investies, voire, désormais, plutôt évitées par les infirmiers et les étudiants qui manquent de ressources pour s'y confronter » (Rothier Bautzer, 2013, p. 97).

En pratique, le care est difficilement visible encore moins mesurable, notamment parce que ce qui le conditionne est invisible (empathie, attention, sollicitude...), il s'agit de *« savoir anticiper sur la demande de l'autre [...] et dissimuler les efforts et le travail accompli pour parvenir au résultat souhaité. Ces savoir-faire sont discrets, au sens où ils doivent être mobilisés sans attirer l'attention de celui ou celle qui en bénéficie. Il en résulte que le travail de care se voit avant tout quand il est raté ou quand il n'est pas fait »* (Molinier, 2006, p. 3).

Dans un contexte d'industrialisation et de commercialisation des soins qui sous-tend de fortes contraintes financières, cette invisibilité nuit au care et à sa reconnaissance. La difficile articulation cure/care ne relève donc pas plus d'un problème identitaire et de conflit de territoire professionnel que d'un problème politique. *« Le travail du soin est dévalorisé ; la sollicitude l'est également conceptuellement, car elle est reliée à la sphère privée, à l'émotion et à la nécessité. Puisque notre société considère la réussite publique, la rationalité et l'autonomie comme des qualités louables, le care est dévalorisé dans la mesure même où il incarne les qualités opposées »* (Tronto, 2008, p. 254).

Prédominance du rôle délégué

Aujourd'hui encore dans les IFSI, les enseignements effectués par le corps médical sont volumineux, même si le référentiel de formation infirmière de 2009, centré sur une logique d'acquisition de compétences, a valorisé les enseignements transversaux liés à des compétences *« cœur de métiers »*. Lors de leurs stages, les étudiants sont plus préparés à leur rôle d'assistant agissant sur délégation médicale qu'à mettre en œuvre leur rôle propre dans le cadre d'activités en lien avec des compétences disciplinaires comme l'encadrement des professionnels du soin, l'éducation à la santé, la démarche qualité ou la recherche en soins. Ce n'est pas tant un défaut de formation à la base, qu'une forte demande institutionnelle dans un contexte où les IDE sont majoritairement salariés du secteur public hospitaliers (Barlet & Cavillon, 2011, p. 4).

Ainsi, malgré les efforts du politique pour renouveler la formation et déployer l'autonomie infirmière dans les questions de SP, ils sont limités par des traditions et enseignements cliniques largement portés sur le modèle biomédical et la division médicale des tâches hospitalières.

À l'hôpital, les soins s'organisent le plus généralement autour de l'activité et des prescriptions médicales : admissions, soins pré et postopératoires, pansements, injections, perfusions, distribution des médicaments, organisation de la sortie des patients... Toutes ces activités découlant directement de l'activité médicale laissent peu de temps à l'expression du rôle propre infirmier comme la promotion de la santé ou les soins relationnels. Les infirmières hospitalières doivent développer des compétences temporelles consistant à savoir jongler en permanence avec ses temps et ceux d'autrui (patient, médecin, institution...) *dans le travail et le hors travail et entre le travail et le hors travail.*

« Elles résultent d'un apprentissage indissociablement sexué et professionnel. Sexué, car le temps féminin est construit comme disponibilité permanente à autrui, comme approche intégrée des préoccupations et contraintes professionnelles et familiales. Professionnel, car l'hôpital mobilise et développe la disponibilité à autrui, la capacité à faire face aux aléas, à anticiper ses activités, à coordonner des temporalités hétérogènes » (Bouffartigue & Bouteiller, 2006, [8]).

L'autonomie infirmière se limitera le plus souvent aux surveillances cliniques rapprochées et aux tâches administratives. Les soins et activités relevant de la prescription étant considérés comme prioritaires et le temps étant de plus en plus restreint, elles n'ont pas d'autre choix que de prioriser leur rôle délégué. *« Les normes professionnelles fortes qui conduisent à mettre en avant des tâches d'écoute et d'accompagnement des patients semblent bousculées par le temps disponible à consacrer à chacun des patients »* (Acker, 2005, p. 179).

Ainsi, si les soins relevant du rôle propre sont dévalorisés ce n'est pas seulement parce que les représentations qui y sont associées sont majoritairement négatives mais parce que les réalités du contexte de travail ne permettent pas leur mise en œuvre effective notamment en termes de temps. Les plaintes des professionnels de santé ne cessent de s'accroître en termes d'effectifs et moyens insuffisants, les contraintes liées à la nécessaire rentabilité des soins aboutissent à l'abandon des activités peu lucratives comme les soins relationnels et éducatifs. Le financement des hôpitaux ne prend pas directement en compte les activités infirmières en lien avec leur rôle propre, en dehors du cas particulier de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) qui reste majoritairement proposée par le médecin même si ce n'est pas une obligation. *« Cette difficulté à concevoir le rôle propre tient sans doute aussi à sa formulation réductrice qui représente les soins comme circonscrits au couple médecins-infirmières dans leur relation avec le malade comme si les problèmes que pose l'organisation du travail étaient réduits à la subordination de l'infirmière au médecin »* (Lert, 1996, p. 109). Dans le secteur ambulatoire, les soins relationnels et éducatifs ne sont pas reconnus et ouvrent peu droit à rémunération : les infirmiers libéraux qui adoptent une posture éducative et relationnelle le font au détriment de leur temps

personnel, parfois ils n'hésitent pas à revenir en dehors de leurs heures de travail et à titre gracieux. « *Nous retrouvons également la notion moyenâgeuse du soin bénévole, qui n'a pas de valeur économique mais une valeur d'échanges : en fait le malade me donne la chance d'exercer ma bonté et ma charité, m'ouvrant ainsi les portes du paradis...* » (Calbéra, 2003, p. 57).

Dans la même idée, à domicile, l'ensemble des soins y compris relevant du rôle propre, doivent être prescrits pour que le patient puisse bénéficier d'un remboursement, donc tout acte infirmier à domicile, y compris de nursing est soumis à l'autorité médicale. Pourtant, les soins à domicile représentent un fabuleux terreau pour prodiguer des soins de prévention et d'éducation et ils sont délaissés par les infirmières parce qu'ils sont peu reconnus. En quoi une reconnaissance financière de ces activités dans la nomenclature des soins infirmiers ou une réelle prise en compte dans le système de la Tarification À l'Activité (T2A) permettrait-elle de changer les représentations négatives associées au rôle propre infirmier et par extension, aux soins éducatifs et préventifs ? In fine, cet investissement ne pourrait-il pas être économique ? L'universitarisation complète des études infirmières en 2018 a posé la question du rattachement disciplinaire de la formation en soins infirmiers. Plutôt qu'une faculté des sciences infirmières, pour une profession majoritaire en termes d'effectifs, le choix a été fait, en France, d'une intégration au sein de la faculté de médecine devenant faculté des sciences de la santé.

3.2 Une formation qui valorise la préparation à l'exercice hospitalier malgré les intentions institutionnelles en faveur de la santé publique qui ont guidé sa construction

Le nouveau référentiel de formation infirmière, en cohérence avec les politiques de santé du XXI^e siècle, avait pour ambition de mieux préparer les futurs professionnels aux réalités de santé des populations et donc à leurs missions de SP. Construit sur une logique d'acquisition de compétences, il devait permettre, par une articulation entre les enseignements théoriques et cliniques de développer l'esprit SP dans les pratiques de soins. Dans la pratique pourtant, seuls les apprentissages en lien avec la compétence 4 et l'axe thérapeutique du soin, sont réellement inscrits dans cette logique d'alternance reposant sur l'exploitation de l'expérience. Cette contradiction institutionnelle doit être explorée afin de bien comprendre les paradoxes sous-jacents dans notre problématique.

3.2.1 Une définition réglementaire de la profession et de ses spécialités qui intègre la santé publique dans ses principes généraux

D'après le Code de la SP (CSP), « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou en application du rôle propre qui lui est dévolu »¹⁷. Elle/il détient, sauf dérogation particulière, le diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière ou un titre équivalent et a nécessairement suivi sa formation dans un institut autorisé, selon les conditions prévues dans le CSP. Elle/il doit obligatoirement s'enregistrer auprès des autorités compétentes et adhérer à l'Ordre National Infirmier (ONI). Ce dernier « veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence, indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la SP et la qualité des soins »¹⁸. La mission infirmière dans le domaine de la SP est clairement définie par le CSP, elle/il « participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement »¹⁹. De même, l'exercice de la profession « 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 »²⁰. Toujours d'après le CSP, l'infirmier ou l'infirmière exerce ses missions en collaboration avec d'autres professionnels de la santé et des secteurs social, médico-social et éducatif. Ainsi,

« 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 ... »²¹.

Dans le cadre de son rôle propre, elle/il identifie des risques et dispense des soins en faveur du confort et de la sécurité de la personne dans son cadre de vie, qui comprennent son information et celle de son entourage.

¹⁷ Article L4311-1 du CSP

¹⁸ Article L4312-1 du CSP

¹⁹ Article L4311-1 du CSP

²⁰ Article R4311-1 du CSP

²¹ Article R4311-2 du CSP

Parmi les actes qu'elle/il met en œuvre du fait de sa propre initiative, on retrouve notamment la surveillance de l'équilibre alimentaire et de l'environnement – le dépistage et l'évaluation des risques de maltraitance – la surveillance des effets des thérapeutiques et l'éducation du patient – la surveillance du repos et du sommeil – la prévention d'escarres et de thromboses veineuses... Elle/il est habilité à administrer de son propre chef, dans certaines conditions prévues par le CSP, des vaccins, de même pour le renouvellement de la contraception orale²². Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans les réseaux de soins, elle/il organise et met en œuvre des actions de formation, d'éducation, de prévention et de dépistage notamment dans les domaines de la santé primaire et communautaire – de dépistage, de prévention et d'éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité – de dépistage des maladies sexuellement transmissibles, professionnelles, endémiques et des pratiques addictives – d'éducation à la sexualité – de SP et de recherche²³...

Parmi les devoirs généraux inscrits au Code de déontologie des infirmiers, elle/il a le devoir de contribuer à la SP, « *l'infirmier apporte son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. L'infirmier auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, répond à son appel et apporte son concours* »²⁴. Les infirmières et infirmiers exercent dans des établissements sanitaires, sociaux ou médicaux sociaux, des services à domicile, des organismes de formation, en tant que salariés ou dans le cadre de l'exercice libéral, dans des secteurs aussi bien publics que privés ou associatifs. Pour accéder aux études infirmières, il faut être titulaire du baccalauréat ou d'une équivalence, et/ou relever de la formation professionnelle continue selon les modalités définies par le CSP. Les épreuves de sélection pour l'entrée en formation ont été supprimées en 2019 et les candidatures se font désormais via le dispositif *parcoursup*²⁵. La sélection s'opère sur la base d'un ensemble de critères nationaux : intérêt pour les questions sanitaires et sociales, qualités humaines et capacités relationnelles, compétences en matière d'expression orale et écrite, aptitudes à la démarche scientifique et maîtrise des bases de l'arithmétique, enfin compétences organisationnelles et savoir-être.

²² Article R4311-5 du CSP

²³ Article R4311-15 du CSP

²⁴ Article R4312-8 du CSP

²⁵ Article L612 du Code de l'Éducation

Les référentiels d'activités et de compétences décrivent l'ensemble des capacités que les professionnels doivent maîtriser pour exercer et qu'atteste le diplôme. La profession se décline en 9 familles d'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*²⁶

Pour les mettre en œuvre, 10 compétences sont requises :

- 1° *évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier*
- 2° *concevoir et conduire un projet de soins infirmiers*
- 3° *accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens*
- 4° *mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique*
- 5° *initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs*
- 6° *communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins*
- 7° *analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle*
- 8° *rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques*
- 9° *organiser et coordonner des interventions soignantes*
- 10° *informer et former des professionnels et des personnes en formation*²⁷.

Les 5 premières compétences sont spécifiques de la fonction de l'infirmier. Les autres sont communes à d'autres professionnels intervenant dans le domaine des soins.

La compétence 5 est traditionnellement reliée et présentée comme spécifique de la SP dans les IFSI, et notamment parce que cela est ainsi prescrit par le référentiel. Pourtant, si l'on considère la SP dans toutes ses dimensions, elle est potentiellement transversale à toutes les compétences et à toutes les activités et ne devrait pas se limiter aux soins éducatifs et préventifs, elle devrait inspirer les pratiques au travers de tous les soins ou activités en lien avec les soins.

D'après son référentiel de compétences, l'infirmier doit être capable, dans le cadre de la compétence 5, de repérer les besoins et demandes des individus et populations, en lien avec des problématiques de SP – d'accompagner des personnes et des groupes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de la santé et des processus décisionnels concernant les pratiques à risque – de concevoir et mener des actions de prévention et de promotion de la santé et de conduire une démarche d'éducation répondant aux besoins identifiés – de mettre en œuvre

²⁶ Référentiel d'activités, *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*, version du 10/07/2020, Berger Levrault

²⁷ Référentiel de compétences, *ibid.*

un projet d'éducation thérapeutique - et enfin de choisir et d'utiliser des outils pédagogiques dans le cadre de leurs actions.

Le diplôme d'État d'infirmière ou infirmier confère à son détenteur le grade de licence²⁸. Le CSP reconnaît trois spécialités infirmières attestées par l'obtention d'un diplôme après une formation complémentaire. Ainsi, le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire, le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste et le diplôme d'État de puéricultrice correspondent à l'acquisition de compétences spécifiques réglementées par le CSP. Le diplôme d'État d'infirmier anesthésiste confère le grade de master²⁹. Le diplôme et la fonction de cadre de santé sont une perspective d'évolution professionnelle mais ne constituent pas en soi une spécialité infirmière.

De par sa position institutionnelle et ses missions dans le système de santé, que ce soit dans le domaine du management ou de la formation, le cadre de santé détient un rôle fondamental en SP, mais la formation, sur laquelle nous ne nous attarderons pas pour l'instant, souffre des mêmes faiblesses que celles observées en formation initiale. L'infirmier peut également évoluer vers les fonctions de direction des soins après un recrutement et une formation nationale. Il est possible de cumuler plusieurs spécialités : infirmier anesthésiste puériculteur, cadre de santé infirmier de bloc opératoire...

L'exercice libéral est réglementé par le CSP et régulé par l'ONI et les ARS. La Nomenclature des Gestes et Activités Professionnelles (NGAP) définit les modalités de tarification de l'activité des soins effectués en ambulatoire sur lesquelles repose la rémunération des infirmiers libéraux conventionnés par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

Alors qu'il existait depuis longtemps dans de nombreux pays, notamment en Europe, le diplôme de master en Pratiques Infirmières Avancées (IPA) a été créé en France, en 2016, par la loi de modernisation de notre système de santé. Les premières formations seront initiées dès septembre 2018 et certains candidats intégreront immédiatement la 2^e année par un système d'équivalence.

S'agissant de la pratique avancée, elle vise à répondre aux enjeux d'un système de santé en voie de transformation, en ouvrant de nouvelles qualifications professionnelles qui permettent d'accroître l'autonomie d'action, notamment pour lutter contre les déserts médicaux.

²⁸ Articles D.636-69 du code de l'Éducation

²⁹ Ibid.

L'infirmier en pratique avancée pourra renouveler, adapter, voire prescrire des traitements ou examens, assurer une surveillance clinique et mener des actions de prévention et de dépistage... selon des modalités réglementées par le CSP. L'IPA est donc un acteur de SP qui s'impose dans la prise en charge pluridisciplinaire des pathologies chroniques (Lecocq et al., 2015). Se former à la pratique avancée nécessite 3 ans d'exercice en tant qu'infirmier et 2 années complémentaires de formation composées d'une première année de tronc commun, pour poser les fondements de la pratique avancée et d'une deuxième année de spécialisation, selon la mention choisie parmi les soins primaires courants dans la pathologie chronique stabilisée et les polyopathologies – les soins en oncohématologie – les soins dans les maladies rénales chroniques, la dialyse et la transplantation – la santé mentale et la psychiatrie, à partir de 2019. L'ambition est de développer, plus tard, d'autres mentions et surtout d'élargir la pratique avancée à d'autres professions afin de mettre en œuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration interprofessionnelle et d'encourager la coopération entre les professionnels de la santé dans une perspective d'efficience.

La pratique avancée en soins infirmiers est légitimée par le nombre important de professionnels intégrés dans les équipes de soins, leur rôle pivot dans la prise en charge globale du patient et l'expérience positive d'approches similaires rapportées dans d'autres pays (Lecocq et al., 2015). Elle s'intègre dans la stratégie nationale de transformation du système de santé de 2018. Le CII indique que « *l'infirmier-ère 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* ».

L'IPA représente une opportunité de taille pour développer la discipline et la recherche infirmière mais encore faut-il qu'il parvienne à s'intégrer dans un système archaïque où il est perçu, notamment par certains médecins, comme un concept obscur et menaçant. En effet, l'organisation « *en tuyau d'orgue* » des rôles des professionnels de la santé à partir d'un monopole médical largement démontré infra, « *oblige les professionnels à prendre position les uns par rapport aux autres sur la base d'une défense territoriale plutôt que sur un travail de complémentarité* » (Coudray et al., 2009, p. 16).

En 2022, on compte environ 765 000 infirmiers tous sexes confondus, même si ces effectifs seraient surévalués et malgré un nombre significatif d'infirmiers encore non-inscrits à l'ONI (ONI, 2023b). D'après la DREES, en 2018, 456 000 IDE travaillent dans le secteur hospitalier et 123 000 exercent dans le secteur libéral. On compte environ 57 000 infirmiers spécialisés dont 21 385 en puériculture, 10 649 en anesthésie/réanimation et 7851 en soins de bloc

opératoire. On dénombre 10 866 cadres de santé et environ autant de cadres infirmiers ou infirmiers de secteur psychiatrique (diplômes délivrés avant 1995). Environ 400 IPA sont entrés en formation cette même année, ils devraient être plus de 1500 diplômés sur le territoire à l'horizon 2023 d'après les projections du Sénat.

3.2.2 L'intégration de la santé publique et de l'économie de la santé dans l'organisation de la formation en soins infirmiers une intention plus qu'une réalité...

Le référentiel de formation de 2009 visait à répondre à l'évolution des besoins et de l'offre de santé. En effet,

« les pathologies évoluent vers une augmentation des polyopathologies et des pathologies chroniques, des cancers, des maladies mentales et comportementales, de certaines maladies émergentes infectieuses et parasitaires, qui nécessitent une organisation des soins adaptée mais aussi une évolution des pratiques des professionnels du soin et de la santé. [...] Les infirmiers auront donc davantage à repérer la nature exacte des problèmes de santé dans une population. Ils devront savoir déceler précisément les facteurs qui favorisent ou nuisent à la santé des personnes et trouver les moyens de mettre en œuvre, dans le cadre d'équipes pluriprofessionnelles, des actions durables qui contribuent à ce que chacun prenne en charge sa santé dans son contexte singulier » (Coudray et al., 2009, p. 4).

Ainsi, que ce soit en termes de nouvelles problématiques liées au vieillissement, à la plus grande considération accordée par le législateur aux soins palliatifs, d'exigences en matière de droits du patient, d'éthique, de qualité ou d'économie des soins, d'évolution de l'offre de soins et de la nécessaire coopération interprofessionnelle qui en découle ou enfin, de progrès techniques et scientifiques... les infirmiers doivent développer des compétences spécifiques et un niveau de raisonnement, d'analyse et de décisions qui leur permet de participer aux enjeux collectifs des transformations voulues par les politiques de santé du XXI^e siècle *« les infirmiers sont des maillons incontournables d'une « chaîne de soins » qui devra de plus en plus introduire de la cohérence dans les suivis de santé sur l'ensemble des parcours de vie des personnes, et ceci, sur de longues durées »* (Coudray et al., 2009, p. 8). Dans cette perspective, le référentiel de formation de 2009 a pour finalité de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence et est ainsi amené à devenir un *praticien autonome, responsable et réflexif doué d'intelligence émotionnelle* et qui adopte une posture éthique dans sa pratique³⁰. Il est articulé autour d'un principe d'alternance entre l'acquisition de connaissances théoriques et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles et leur mobilisation en stage pour développer l'ensemble des 10 compétences.

³⁰ Référentiel de formation, *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*, version du 10/07/2020, Berger Levrault

La durée de la formation est de 3 ans. Elle est répartie en 6 semestres, de 20 semaines chacun. Elle comporte 4200 heures de formation dont 2100 heures de formation théorique et autant d'heures de formation clinique en stage. « *Cependant, la réalité fait découvrir un hiatus entre les deux milieux de l'enseignement. Le premier est dispensateur d'une approche globale de la personne mettant en jeu des interventions sur le corps malade. Il engage des dispositions à des relations interpersonnelles soignant/ soigné. Le second, celui de la découverte des exigences d'une pratique standardisée, morcelée et répétitive...* » (Thouvenin, 2005, p. 52).

Le diplôme s'obtient après acquisition de 180 ECTS qui correspondent à l'acquisition des 10 compétences. Parmi ces ECTS, 120 sont dédiés à la validation des UE et 60 à la validation des stages. Chaque compétence s'obtient de façon cumulée par la validation de la totalité des UE et l'acquisition, en stage, de la totalité des éléments de compétences et activités qui y sont reliées. 4 typologies de stages sont prévues dans le parcours clinique de l'étudiant : les soins de courte durée – les soins en santé mentale – les soins de longue durée – et les soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie. Cette dernière typologie se limite le plus souvent aux EHPAD, aux soins à domicile et aux établissements médico-sociaux accueillant principalement un public de personnes en situations de handicap. Le parcours type de l'étudiant en soin infirmier ne comporte donc pas de stage en SP comme la médecine du travail, scolaire ou les dispositifs de PMI... et comme c'était le cas avant, avec le programme de 1992 qui introduisait pour la première fois un module transversal entièrement dédié à la SP. Un paradoxe pour un programme qui se veut promouvoir la SP dans la culture soignante ! Bien sûr, l'opportunité reste ouverte de découvrir ces modes d'exercice dans le cas de parcours singuliers ou de projets professionnels spécifiques mais dans la réalité, ils restent absents de la plupart des trajectoires cliniques.

Le cas particulier de l'Alsace comporte en outre, l'inconvénient d'avoir ouvert que très tardivement les lieux de stage au secteur libéral, alors que la dimension économique du soin y est particulièrement visible.

En ce qui concerne la formation théorique, elle est également déclinée en 4 types d'UE. D'abord les UE contributives aux savoirs infirmiers : sciences humaines et sociales, droit, déontologie et éthique, biologie, anatomie et physiologie, processus pathologiques, pharmacologie et plus paradoxalement, santé publique et économie de la santé qui n'est pas intégrée comme elle le mériterait aux UE considérées comme constitutives du savoir au cœur de la compétence infirmière. À noter que c'est le programme de 2009 qui introduit pour la première fois le concept d'économie de la santé dans la formation des infirmiers. En effet la contrainte économique pèse

de plus en plus sur les soignants et la demande leur est faite « *de mieux gérer l'efficacité dans leur activité, c'est-à-dire d'introduire dans leur action une relation entre moyens et résultats* » (Coudray et al., 2009, p. 10). Une intention plus qu'une réalité observable ! En deuxième lieu, les UE constitutives de la compétence infirmière concernent l'apprentissage du raisonnement clinique et de la démarche de projet de soins, l'organisation du travail en interprofessionnalité, l'initiation et la démarche de recherche, l'encadrement, les soins de confort et de bien-être, les soins relationnels, les soins éducatifs et préventifs, les soins palliatifs, la qualité et la gestion des risques et les soins d'urgences et techniques qui contribuent aux diagnostics et aux thérapeutiques médicales. Viennent ensuite les Unités d'enseignement Intégratives (UI) qui visent l'intégration et le transfert des savoirs dans une perspective professionnelle. Chaque semestre, une UI reliée à une ou plusieurs compétences dominantes définies par le référentiel de formation en fonction de l'évolution dans les parcours d'apprentissage, vient donc compléter les enseignements. En dernier lieu le référentiel comporte des unités transversales comme l'anglais et les méthodes de travail. Les enseignements sont délivrés sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, travaux pratiques et travaux personnels guidés. Afin de développer l'esprit critique et l'analyse de la pratique professionnelle, les étudiants ont l'obligation d'analyser des situations rencontrées en stage pour prétendre à l'acquisition des ECTS qui y sont reliés. Durant toute leur formation, ils bénéficient d'un encadrement clinique en stage, qui prend la forme du tutorat et d'un accompagnement régulier par un formateur permanent de l'IFSI.

Les évaluations théoriques associent des méthodes classiques de contrôles de connaissances, d'exercices de réflexion et des observations de la pratique qui peuvent être collectives, parfois mixtes. L'évaluation clinique repose sur l'utilisation d'un portfolio qui permet de mesurer la progression dans l'acquisition des compétences.

En pratique, les situations analysées avec les étudiants relèvent le plus souvent des processus pathologiques les plus courants, y compris dans les UI. En dehors du service sanitaire, ils ne sont pas sollicités pour raisonner à partir de situations collectives mais dans la singularité de situations individuelles. Même si les travaux de groupe sont privilégiés pour favoriser le travail d'équipe, ils ne mettent pas les étudiants en situation d'interprofessionnalité.

Les UE 1.2.S2 et 1.2.S3 : « santé publique et économie de la santé » sont spécifiques à la SP et comportent 75h de CM plus TD et 50h de travail personnel, répartis aux semestres 2 et 3. Elles abordent les concepts fondateurs de la SP et de la santé communautaire, de l'économie de la

santé et de l'épidémiologie - l'organisation du système de santé, de la sécurité sociale et les politiques publiques de santé et de santé mentale - l'organisation de l'offre de soins, le budget de la santé et son financement - les grands problèmes de SP, notamment ceux liés à l'environnement et au développement durable - l'organisation de la prévention et de la veille sanitaire - la démarche et les outils de SP... Elles sont complétées par les UE 4.6.S3 et 4.6.S4 : « Soins éducatifs et préventifs » aux semestres 3 et 4, ainsi que l'UI 5.4.S4 « Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires » qui est reliée aux compétences 5 et 10, au semestre 4. Ces 3 UE sont considérées comme constitutives de la science, des techniques et des méthodes qui fondent les interventions infirmières. Elles abordent la démarche éducative et les savoirs et savoir-faire pédagogiques associés, l'éducation thérapeutique, la démarche éducative interdisciplinaire et les institutions spécialisées dans l'éducation pour la santé. Au semestre 4, l'évaluation consiste en la mise en œuvre d'une action éducative ou de promotion de la santé auprès d'une personne ou d'un groupe, souvent dans le cadre du service sanitaire.

L'UI du semestre 4 vise, en ce qui concerne la compétence 5, à s'approprier les méthodes, techniques et outils d'animation, de conseil ou d'éducation dans une perspective de promotion de la santé, de prévention ou d'éducation thérapeutique. Ces 5 UE se présentent le plus souvent comme des entités autonomes dans le parcours de formation et comme elles ne sont pas reliées à la formation clinique autrement que d'un point de vue prescripteur, elles ne permettent pas de développer l'esprit SP. Leur architecture superpose une somme de connaissances qui ne sont pas forcément articulées, à fortiori dans une perspective professionnelle. « *Le ressenti des étudiants varie en fonction de leur propre conception de leur future profession et de leur ouverture d'esprit* » (Gérauld-Pointel, 2004, p. 378).

Une étude comparative des formations infirmières en promotion de la santé et prévention en France et au Brésil a permis de mettre en évidence un décalage entre la formation prescrite et la formation réelle dans les 2 pays. On constate une fragmentation des activités d'apprentissage dans une logique disciplinaire où les séquences de cours sont cloisonnées. Concernant l'apprentissage clinique, le modèle dominant reste le modèle curatif même dans les équipes éducatives ou spécialisées dans la prévention. « *Nous avons observé qu'il existe une distance entre la formation prescrite et la formation réalisée [...]. Bien qu'ils soient prévus dans les documents officiels, ces enseignements ne sont pas toujours évidents à identifier dans la réalité de la formation...* » (Santana et al., 2017, p. 130). Toujours d'après la même recherche, il y a comme nous l'avons constaté au sein de notre IFSI, une tendance à privilégier en formation les compétences techniques observables à l'hôpital.

« La promotion de la santé et la prévention des maladies, dont les fondements remettent en cause la domination du modèle curatif hospitalocentré (mais non son existence), questionnent donc avec insistance l'institué de la formation des infirmiers et au-delà celui des systèmes de santé. Cette logique instituée tend en effet à conserver une organisation rigide, statique et à conserver ses structures et ses manières de fonctionner ancienne tout en récupérant certaines propositions pédagogiques instituant mais ne la remettant pas fondamentalement en cause » (Santana et al., 2017, p. 133/134).

En Suisse, des constats à peu près similaires ont été observés : prédominance du modèle curatif, absence de visibilité de la promotion de la santé durant les stages et un important décalage entre théorie et pratique.

« D'après nos premiers constats en tant que professeure chargée d'enseignement, nous avons pu constater la complexité de l'enseignement en matière de promotion de la santé et du rôle professionnel attendu. Ces difficultés se heurtent également à la complexité de l'alternance et l'apprentissage sur les lieux de stages où selon notre enquête exploratrice, l'activité infirmière en promotion de la santé s'est avérée compromise et demeure dans ses balbutiements » (Abed, 2011, p. 122).

En Amérique du nord, bien que la SP ait été intégrée de manière précoce dans les programmes de formation et que le système de santé soit davantage orienté en faveur de la santé primaire et des soins de première ligne, des lacunes sont encore à déplorer pour les infirmiers qui ne sont pas spécialisés en SP (Pommier & Deschamps, 2004).

Enfin en France, le service sanitaire vient compléter, depuis 2018, la formation en SP des futurs professionnels de la santé. C'est un dispositif obligatoire pour tous les professionnels de la santé qui s'intègre dans leur formation initiale. Tel que défini par le CSP, il a une durée de 6 semaines à temps plein, sans nécessité de continuité entre celles-ci et dont la moitié est consacrée à la mise en œuvre concrète d'une action de SP. Il comprend des enseignements théoriques et du travail personnel de préparation de cette intervention³¹. Ses objectifs sont d'initier les étudiants aux enjeux de la prévention primaire dans la diminution des facteurs de risque de maladies – de permettre la réalisation d'actions concrètes de prévention primaire participant à la politique de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé – de favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité et d'intégrer la prévention dans les pratiques des professionnels de la santé.

Si, initialement, le service sanitaire devait permettre à des étudiants en provenance de différentes filières de la santé de travailler en coopération, les limites organisationnelles d'un tel dispositif constituent pour l'instant un frein à l'atteinte de cet objectif. Les étudiants rencontrent des professionnels dans les différentes structures éducatives, de médecine du travail

³¹ Arrêté du 12 juin 2018 modifié, relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé

et sociale, médico-sociales ou les lieux de vies où ils mettent en œuvre leurs actions mais n'apprennent pas à raisonner de manière interprofessionnelle. Les actions du service sanitaire portent sur la promotion de comportements favorables à la santé (hygiène bucco-dentaire, équilibre alimentaire, exercice physique...) auprès de publics variés, souvent vulnérables (enfants et adultes en situation de handicap ou de précarité, personnes âgées, travailleurs exposés à des risques professionnels identifiés...). Le service sanitaire compense en partie le déficit de prévention primaire en France, en ce sens, il est aussi un service rendu à la collectivité. Les 6 ECTS reliés à sa validation sont intégrés à ceux délivrés pour les UE que chaque IFSI est libre de lui faire correspondre.

Au sein de notre IFSI, il est relié aux UE 1.2.S3, 4.6.S4 et à une partie de la formation clinique pour 1 ECTS qui représente la semaine de mise en œuvre de l'action de SP sur le terrain. Selon un récent bilan de la mise en œuvre du service sanitaire dans la région Rhône-Alpes, l'expérience est plutôt positive du côté des étudiants en santé comme de celui des chefs d'établissements scolaires et des collégiens auprès desquels les actions de sensibilisation à la promotion de la santé ont été menées. Ce projet pluridisciplinaire qui concernait 400 étudiants dans 4 filières de médecine, pharmacie, kinésithérapie et maïeutique n'a pas permis de mobiliser les IFSI de la région en raison d'une organisation et d'une planification des enseignements incompatibles. L'intérêt de l'interdisciplinarité et la richesse des échanges ont été soulignés par l'ensemble des acteurs du projet. Des difficultés d'organisation, de planification et de synchronisation des groupes, associés à la gestion du temps et des frais, notamment de transport, ont été relevés. Si globalement les élèves intéressés par les actions ont fait des retours positifs à leurs enseignants, il n'y a pas d'évaluation de leur efficacité (Busi et al., 2020). D'autres bilans menés en France ont relevé à peu près les mêmes constats (Hardas, 2019), (ARS Occitanie, 2019) c'est aussi ce que nous avons, nous même, observé.

Ainsi, si le référentiel de 2009 se veut favorable au développement des compétences en SP, sa réelle mise en œuvre dans un contexte d'hospitalo-centrisme, associé à une conception industrielle du soin, demeure centrée sur l'apprentissage des soins curatifs. Dès lors, *« interroger la place que tiennent la promotion de la santé et la prévention des maladies dans la formation des infirmiers, c'est chercher à comprendre comment les nouveaux professionnels sont aujourd'hui formés à des approches de la santé qui nécessitent de penser bien au-delà de la maladie dont peut souffrir le patient et aux nouvelles stratégies de santé telles qu'elles sont désormais définies au niveau international »* (Santana et al., 2017, p. 118).

3.3 Une profession fondée sur des conceptions de soins holistes mais des pratiques fortement influencées par le modèle biomédical

3.3.1 Les grands courants de pensée : en théorie, oui, mais en pratique ?

Depuis le début de la professionnalisation des infirmiers, vers la fin du XIX^e siècle, des théories de soins soutenues par de fortes valeurs humanistes, ont permis de constituer le paradigme infirmier et d'ériger la profession en discipline. C'est sur ces savoirs, le plus souvent empiriques, que se fondent la pensée et le raisonnement clinique infirmier et la plupart des outils et modèles d'interventions spécifiquement infirmiers reposent sur cet ensemble de connaissances qui déterminent les finalités et l'action de soin. « *L'essor international des sciences infirmières, à partir d'un creuset étasunien, a beaucoup contribué à façonner notre idéologie professionnelle nationale. En 45 ans, cette science appliquée s'est attachée à fournir des concepts structurants aux quatre champs d'activités de la discipline : pratique, formation, gestion et recherche* » (Debout, 2008, p. 72).

À l'origine, c'est sans doute Florence Nightingale (1820-1910) qui a été la première à contribuer à cette construction épistémologique en incitant à l'élaboration du savoir infirmier et en le promouvant dans la formation au Royaume-Uni, son pays d'origine, mais aussi en Europe et en Amérique du Nord (Dallaire, 2015). Issue d'une riche famille de la haute société britannique, elle est très instruite et parle couramment plusieurs langues, ce qui lui permet de voyager. Elle est influencée par une culture socialiste et a l'avantage d'avoir un grand réseau social, notamment dans le domaine médical et politique. Sa famille organise et finance des soins médicaux dans leur région. Après avoir fait des études de mathématiques et avoir longtemps lutté avec sa famille qui s'oppose d'abord à ce projet, elle obtient la permission en 1851 de devenir infirmière et débute sa formation en Prusse. Durant la guerre de Crimée, elle est alertée par la désorganisation et la négligence des hôpitaux militaires. Elle constate des conditions d'hygiène déplorables et des soldats surmenés et affaiblis par les épidémies (typhus, choléra, dysenterie...) et la faim, dans une indifférence générale de la part des officiers. Dans l'esprit du courant de l'hygiène publique française et grâce à ses compétences en arithmétique, elle se sert des statistiques pour étudier les maladies infectieuses à l'hôpital militaire. À sa demande, les systèmes de ventilation et d'égout sont améliorés ce qui permettra de diminuer nettement la mortalité. Elle apporte de grandes améliorations à la salubrité des hôpitaux militaires et aux conditions de vie dans l'armée en général. L'expérience influencera toute sa carrière et

l'importance qu'elle accordera à l'hygiène et aux conditions sanitaires dans la promotion de la santé, notamment dans la formation des infirmières. Sa contribution à la guerre de Crimée en fera une héroïne, et sera saluée par tout le Royaume-Uni. À son retour, en 1859, elle fonde l'école d'infirmière St Thomas à Londres et formera des infirmières étrangères pour développer sa vision professionnelle dans le monde. À l'origine de la professionnalisation infirmière, c'est donc bien une culture de la SP qui a influencé la pratique mais surtout la formalisation de leur formation.

Par la suite, d'autres penseuses vont contribuer à renforcer cette conception en élaborant des théories et des outils qui prennent en compte la personne dans toutes les dimensions reconnues par la charte d'Ottawa. Aux États-Unis, les premières expériences professionnelles de Virginia Henderson (1887-1996), dans le domaine de la SP, la conduisent à instituer des stages en SP dans l'école d'infirmière de l'État de Virginie où elle officiera en tant que formatrice. Elle élabore en 1955, sa théorie des 14 besoins fondamentaux, sur laquelle repose encore aujourd'hui l'enseignement de la démarche de soin et du raisonnement clinique dans une grande majorité des IFSI français, comme partout dans le monde occidental. Elle s'inspire de la *théorie des besoins et de la motivation* d'Abraham Maslow pour élaborer un modèle de soins centré sur la personne. Il considère l'être humain dans la globalité de ses caractéristiques physiques, psychologiques, sociales, affectives, spirituelles et de réalisation de soi et se décline comme la coexistence et les interactions d'un ensemble de 14 besoins fondamentaux dont la satisfaction peut être altérée par un aléa de la vie, qui constitue alors une source de difficulté dans le maintien ou le retour à la santé.

Selon Virginia Henderson, les soins infirmiers consistent à suppléer, pour un temps, les personnes fragilisées à accomplir certains soins visant à satisfaire l'ensemble de leurs besoins et à les accompagner vers un retour à l'autonomie (Henderson, 1964). Ses apports contribueront à développer le rôle autonome infirmier et à compléter l'approche médicale par une pensée plus globale, conforme à celle promue par l'OMS et en adéquation avec les philosophies et politiques contemporaines en matière de santé et de soins. Bien qu'extrêmement contemporain, car centré sur la santé et non sur la maladie, et comme nous l'avions déjà évoqué, si ce modèle est dominant durant la formation, une fois le diplôme obtenu, il reste relégué au champ de l'apprentissage et de la formalisation contraignante des soins dans une perspective de traçabilité et de mesure de charge de travail. Par ailleurs, y compris dans ses aspects prescriptifs, le modèle reste centré sur une approche individuelle qui permet d'analyser des situations dans leurs contexte microsocial mais ne l'envisage pas réellement dans des perspectives plus larges ou

collectives. A l'hôpital, cet environnement se limite le plus souvent à la chambre du patient et aux proches qui lui rendent visite.

Dans la lignée de sa compatriote, pour Dorothea Orem (1914 – 2007), les soins infirmiers ont pour but d'aider la personne à réaliser ses autos-soins et de l'amener vers une attitude responsable (Mailhot et al., 2013). C'est notamment la philosophie et la posture sur lesquelles se fondent les principes pédagogiques de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) dans le cadre de l'organisation de la prévention tertiaire et de la prise en charge des maladies chroniques. En effet, pour Orem, l'intervention infirmière peut prendre la forme de différents types d'assistance : donner directement des soins, orienter, soutenir, procurer un environnement favorable, éduquer... en vue de favoriser l'autonomie (Dubois Fresney & Perrin, 2017). L'accroissement de la dépendance liée au vieillissement et l'augmentation des maladies chroniques et comportements à risque redonnent à cette conception toute sa modernité mais dans un contexte où le temps soignant fait défaut, il est souvent plus rapide de *faire à la place de...* que de *faire avec...*, dans une perspective, à plus long terme, d'autonomisation.

Née en Pennsylvanie et docteur en éducation, Hildegard Peplau (1909 – 1999) développera la théorie de l'*interactionnisme soignant* (Jovic et al., 2014). Elle souligne l'importance de la relation soignant/soigné et du partenariat indispensable pour établir la confiance. Soigner procède, dès lors, d'un raisonnement fondé sur des connaissances variées dans le domaine des sciences humaines et requiert des techniques relationnelles spécifiques qui ne peuvent reléguer l'infirmière au simple statut d'exécutante. Peplau pose les bases de l'autonomie professionnelle et introduit le concept de pratiques avancées (Jovic, 2012). Dans les IFSI français, l'apport de Peplau est présenté comme un héritage historique incontournable en début de formation mais n'est pas réellement mobilisé dans l'évaluation des soins et l'analyse des situations cliniques, par la suite.

Le modèle d'adaptation de l'américaine Callista Roy (née en 1939), « école des effets souhaités » (Dubois Fresney & Perrin, 2017) conçoit la santé comme un processus évolutif, que l'adaptation permet de garder intègre et la maladie comme une rupture dans l'équilibre de la santé. Les soins infirmiers consistent alors à aider la personne à retrouver l'équilibre perdu. Ce modèle fait partie des enseignements du semestre 2 dans le cadre de l'UE contributive « Santé, maladie, handicap, accidents de la vie » mais il reste très théorique, rarement réinvesti plus tard par les étudiants, en dehors des travaux de mémoire de fin d'études sur ce thème.

Dans la même lignée, le modèle de Marjorie Gordon (1931 – 2015), une américaine également, est plus pratique. Il permet de classer la santé en 11 fonctions essentielles qui l'envisagent de manière holiste et que les soins infirmiers visent à promouvoir ou restaurer, y compris par la prévention et l'éducation. Le modèle présente l'avantage de s'adapter parfaitement à l'utilisation des diagnostics infirmiers dans le cadre de la démarche clinique (Psiuk, 2006). Après celui de Virginia Henderson, c'est le modèle le plus utilisé en formation infirmière pour analyser les situations mais il souffre du même abandon une fois les études achevées et reste centré également sur une approche individuelle.

En 1977, Moyra Allen (1921 – 1996) crée un modèle de soin orienté vers la promotion, le maintien, le développement et le renforcement de la santé et de la famille, le *modèle Mc Gill* (Lafrenière, 2004). Dans ce modèle très orienté SP, la santé coexiste avec la maladie, qui, à l'instar de la santé peut-avoir un pôle positif : « *La santé s'apprend par une participation active au sein de la famille. Elle est considérée comme la ressource la plus précieuse d'une nation. En ce sens, le maintien en santé des individus n'est pas qu'une préoccupation de la nation mais l'affaire de tout un chacun* » (Biro et al., 2005, p. 31). Il fonde principalement l'intervention des infirmières Nord-Américaines dans les soins de santé primaires, particulièrement dans les centres de santé familiaux du Québec, mais n'est pas très connu en France, en dehors des praticiens/chercheurs qui travaillent autour de l'ETP.

Toujours aux États-Unis, les théories de Martha Rodgers (1914 – 1994) sont holistes et complexes (Bouchard Cordier, 2021), mais elles insistent sur la singularité de l'être humain et ne sont pas directement applicables au champ collectif de la SP. L'homme est unique et chaque événement est singulier même s'il se répète. Elles invitent à développer la science de l'être humain à l'échelle unitaire.

En 1979, Jean Watson (née en 1940) développe la théorie du *caring*, une approche humaniste qui tient compte notamment de la spiritualité et de la culture de l'être humain. Le *caring* représente l'activité d'aider une autre personne à croître et se développer, il procède de la relation thérapeutique et de la réciprocité. « *La conscience caring, l'ouverture d'esprit et la présence spirituelle de l'infirmière deviennent des éléments essentiels pour établir cette connexion et comprendre la perspective (champ phénoménal) de la personne soignée* » (Cara & O'Reilly, 2008, p. 39). Watson a largement développé la science du *caring* aux États-Unis et

s'impose comme une référence en la matière dans la littérature soignante un peu partout dans le monde (Watson, 1997). En France, ses théories sont largement sous employées dans le domaine de la formation, même si elles sont sous-jacentes dans les pratiques et le savoir empirique. « *Le travail technique de l'infirmière jouit d'une aura « médicale », tandis que les soins liés au care sont plutôt perçus comme le "sale boulot", le rôle propre que l'on délègue à l'aide-soignante. Le soin prescrit est faussement perçu comme le plus professionnel* » (Eyland & Jean, 2016, [46]).

En France, Marie-Françoise Collière (1930 – 2005), qui est alors missionnée par l'OMS, fonde en 1965 l'Ecole Internationale d'Enseignement Supérieur à Lyon. Pour elle, soigner est avant tout un acte de vie qui vise à l'entretenir et à la perpétuer. Dans la même lignée que le courant interactionniste, elle considère aussi que le soin est réciprocity. Pour elle, les soins d'entretien et de maintien de la vie, *le care*, « *représentent tous ces soins permanents et quotidiens qui n'ont d'autre fonction que celle d'entretenir la vie en la réapprovisionnant en énergie, qu'elle soit de nature alimentaire, le besoin d'eau (hydratation, toilette), de chaleur, de lumière, qu'elle soit de nature affective, psycho-sociale, etc. et que chacun de ces aspects interfèrent entre eux* » et les soins de réparation ou traitement de la maladie, *le cure* consistent à *assurer la continuité de la vie* lorsqu'elle rencontre des obstacles (Collière, 1982, p. 24/25). Pour Collière, les soins infirmiers doivent articuler les 2 dimensions du soin pour pouvoir être efficaces, si le cure prévaut sur le care, il y a *annihilation progressive de toutes les forces vives de la personne, de tout ce qui la fait être et désirer réagir* et dès lors, *tout ce qui reste de capacités de vie* doit être mobilisé en permanence (Collière, 1982). C'est l'objet des soins infirmiers.

Toujours en Europe et dans le prolongement des théories du care de Watson, on peut citer Walter Hesbeen, infirmier et docteur en SP d'origine belge qui sera responsable de recherche à l'école de la Source à Lausanne. Pour Hesbeen, *être soignant*

« relève fondamentalement d'une intention profondément et généreusement humaine, concrétisée par le souci du respect d'autrui et par des actions pensées et créées pour tenter de venir en aide à une personne ou à un groupe de personnes données » et prendre soin dans une perspective de santé c'est « aller à la rencontre d'une personne pour l'accompagner dans le déploiement de sa santé » (Hesbeen, 2002, p. 23/p. 30/p. 55).

La santé est définie en dehors du contexte de maladie et le soin s'envisage, dès lors, bien au-delà d'une perspective purement individuelle. Il est plus propice à la santé que le traitement médical et constitue une manière de concilier les intérêts du patient mais aussi des professionnels et de la collectivité, représentés par les pouvoirs publics, dans une perspective

de santé et d'efficacité globale des soins. Il introduit ainsi la dimension éthique du soin et donne, par la même occasion, à la SP sa place dans la logique soignante. L'originalité dans sa manière de concevoir l'éthique des soins tient en ce qu'elle l'appréhende dans ses aspects pratiques, c'est-à-dire *une éthique du quotidien des soins* ou « *une éthique concrète qui interroge, qui interpelle, les manières d'être, de faire et de dire de chacun dans l'ordinaire des pratiques soignantes* » (Hesbeen, 2014, p. 182). Pour Hesbeen, une pratique soignante de qualité « *procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés* » (Hesbeen, 2002, p. 55). La pratique du caring associe donc connaissances biophysiques et connaissances du comportement humain dans le but de promouvoir la santé et de dispenser des soins en toute sécurité dans le respect des valeurs humaines qui les fondent, d'où la nécessité de la science du caring à côté de la science médicale qui font de la formation un déterminant de la qualité des soins.

Toujours dans la continuité des *théories du caring* et en France, pour *Philippe Svandra*, « *le care se présente comme une théorie morale contextuelle qui cherche à prendre en compte concrètement les difficultés d'autrui [...], le care doit être pensé de manière globale comme une éthique et un travail qui posent à nos sociétés des questions éminemment politiques* » (Svandra, 2015, p. 22). Il identifie 3 dimensions dans le soin : *la technique*, qui fait référence à la prise en charge médicale sur son axe thérapeutique, *la relation bienveillante* qui se manifeste dans l'empathie, la compassion, la sympathie et la sollicitude et enfin, *la justice sociale*, où le soin est considéré comme *une action sur le corps social, à la frontière de l'éthique, de la morale et du droit*. Une conception du soin qui s'inscrit totalement dans la globalité des différentes dimensions de la SP mais qui n'est pas sans soulever des tensions contraignant les soignants à arbitrer sans cesse leur posture et l'économie de leurs gestes en fonction des contextes. « *Si les critères doivent être justes, c'est-à-dire équitables et transparents, il n'en demeure pas moins que ces choix, bien que nécessaires, sont éthiquement (et humainement) toujours difficiles. Le soin est donc un « bien social » qui impose une répartition socio-économique juste* » (Svandra, 2011, p. 32).

Le paradigme qui se dégage de ces concepts et théories a permis outre Atlantique et plus tard dans certains pays européens, de développer la science infirmière et de l'intégrer, dès les années 1960 aux USA, dans des programmes universitaires jusqu'au niveau doctoral (Dallaire, 2015).

« Fortement influencées par leur cursus universitaire en sciences humaines, les théoriciennes ont cerné l'objet des sciences infirmières dans le champ de l'entretien de la continuité de la vie et de l'accompagnement des réactions humaines face aux trajectoires de santé des individus ou des groupes » (Debout, 2008, p. 74). Mais malgré l'approche holiste et intégrative de toutes ces théories de soins, aucune n'a véritablement réussi à insuffler une culture de la SP et des soins intégrant leurs dimensions politique, collective et économique. Si ces approches sont tout à fait en adéquation avec la philosophie de la SP, elles aussi, restent le plus souvent l'apanage des discours et des valeurs sans vraiment pouvoir s'observer dans les pratiques quotidiennes, hors contexte particulier.

« Il serait réducteur de penser que l'enseignement du prendre soin ne se traduit que dans le travail autour du raisonnement clinique infirmier. L'enseignement des processus, [...] participent sans conteste à ce travail d'élaboration. Les stages cliniques (UE 5.8) et les unités intégratives (UE 5) traduisent complètement la mise en construction d'un prendre soin « personnel » que nous pourrions qualifier de participant à la construction de l'identité professionnelle » (Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011, p. 69).

Un fossé sépare la théorie de la pratique, « ce fossé existe dans tous les pays. La recherche en soins infirmiers est un moyen d'aider à l'avancement des sciences infirmières, d'asseoir une discipline, mais aussi d'apporter des solutions novatrices pour la pratique infirmière » (Formarier, 2010, p. 113).

Même en Amérique du nord, de récentes études ont montré que la recherche en science infirmière s'appuyait majoritairement sur des théories empruntées à d'autres disciplines plutôt qu'aux théories élaborées par les théoriciens du soin (Dallaire, 2015). En pratique, la recherche, ou plutôt la pauvreté de la recherche infirmière, va le démontrer. Au Québec, de nouveaux rôles infirmiers ont été créés depuis le début des années 2000, pour répondre aux évolutions des besoins et du système de santé, mais ils se heurtent, eux aussi, à des résistances médicales et le succès de leur implantation pratique dépend fortement de la volonté et de la participation médicale à leur intégration. Tandis que les infirmières doivent « faire leurs preuves auprès des médecins, négocier avec eux leur champ d'action, les convaincre de l'expertise et des compétences qu'elles détiennent et de la pertinence du travail pour lequel elles avaient été formées », certains médecins, eux, les perçoivent « comme un envahissement de leur champ de pratique, une forme d'intrusion dans leur travail » (D'Amour et al., 2009, p. 314).

Dès lors, « la création d'une société démocratique développant le care est-elle envisageable, de l'ordre de la réalité, ou est-elle une utopie ou un mythe ? » (Gaudry-Muller, 2015, p. 50). Et si la conception holiste des soins est de nature à intégrer la SP, comment la formation peut-elle concourir, à travers l'enseignement de la SP, à réaliser cet idéal de soins ? Par ailleurs, « si

c'était plutôt la faiblesse des moyens alloués à ce secteur stratégique qui expliquait le sous-développement de la recherche et les déficits de légitimité et de visibilité ? » (Demeulemeester, 2013, p. 94), comment convaincre le pouvoir et les professionnels de sa nécessité ?

3.3.2 Des confusions, des représentations et des conceptions variables pour des pratiques de santé publique isolées, peu visibles, peu lisibles, peu décrites et peu valorisées

Le champ de la recherche en lien avec les pratiques de SP des infirmiers est à la fois vaste, à un niveau macrosocial, parce que les différentes dimensions de la SP, notamment économique et politique, impliquent une diversité de disciplines et de professions dont les infirmiers constituent la majorité numérique. Cela leur donne une place cruciale dans le système de santé et en fait l'objet d'un intérêt certain. Mais le domaine de recherche est aussi relativement restreint à un niveau microsociale, si l'on s'intéresse à la question pure, de la description de l'activité. En effet, la recherche en sciences infirmières peine à se développer, particulièrement en France, où la discipline vient tout juste d'être reconnue d'un point de vue réglementaire³² mais sans être encore véritablement valorisée institutionnellement. Par ailleurs, dans le domaine des soins en SP, les pratiques infirmières varient grandement en fonction des structures au sein desquelles les infirmiers exercent leurs rôles et leurs missions et de fait, découlent directement des finalités de l'offre de soin proposée par ces institutions et leurs tutelles. Si certains modes d'exercice infirmier particuliers commencent à être décrits et analysés sous l'angle des pratiques de SP, ils concernent surtout ceux où les activités de prévention et d'éducation à la santé sont dominantes dans le travail quotidien (santé scolaire, santé au travail...). Ces domaines singuliers ne concernent qu'une minorité d'infirmiers mais sont, dans les représentations professionnelles, associés directement à la SP.

Les infirmiers scolaires

Parmi ces domaines spécifiques, les recherches concernant les infirmiers scolaires sont de loin, les plus nombreuses (quoiqu'insuffisantes), peut-être parce qu'elles intéressent aussi les politiques dans le domaine de l'éducation nationale et ses finalités, dont l'éducation à la santé et à la citoyenneté. Les infirmiers scolaires français, ou Infirmiers de l'Éducation Nationale et de l'enseignement supérieur (IEN) font partie du corps des infirmiers des administrations de

³² Décret du 31 octobre 2019 portant création de 3 nouvelles sections au sein du Conseil National des Universités (CNU) pour les disciplines de santé : celle de la maïeutique, celle des sciences de la rééducation et de la réadaptation et celle des sciences infirmières (CNU 92). Ce décret ouvre la voie au titre de docteur en sciences infirmières et permet aux universités de recruter des enseignants chercheurs en sciences infirmières

l'État. Leur mode d'exercice est réglementé par les ministères de la santé et de l'éducation nationale. Leurs missions générales sont définies par le décret du 9 mai 2012. Ils participent « à la mise en œuvre de la politique de santé publique, et notamment aux actions destinées à prévenir toute altération de la santé des agents publics du fait de leur travail » et « aux actions de prévention et d'éducation à la santé auprès des élèves et des étudiants ». « Ils assurent un accompagnement et un suivi personnalisé des élèves tout au long de leur scolarité »³³. La circulaire du 10 novembre 2015 inscrit ces missions générales dans la continuité de la politique éducative nationale qui vise la réussite des élèves et étudiants et plus largement dans celle de la politique de santé du pays en matière de prévention, d'éducation à la santé et de lutte contre les inégalités sociales.

Les IEN participent aux stratégies de promotion de la santé et de prévention des comportements à risque dans les établissements de leurs secteurs d'intervention. Ils participent à la création d'un environnement favorable aux apprentissages et à la santé et au développement d'une « école bienveillante »³⁴. Ils agissent aussi bien au niveau individuel, en apportant des réponses singulières à tout élève ou étudiant en difficulté (échec scolaire, isolement, harcèlement, mal-être...), que collectif, en identifiant des besoins communs pour lesquels une stratégie de groupe est adaptée. L'activité des IEN ne relève pas d'une formation conduisant à un diplôme de spécialisation, le recrutement s'opère par voie de concours unique dont les modalités sont fixées par arrêtés. La question d'une formation spécifique et éventuellement la création d'un master en santé scolaire est au cœur des débats actuels et est défendue par plusieurs syndicats d'IEN. En effet, l'activité des IEN est complexe car elle est fondée sur l'articulation de trois logiques découlant d'univers différents, parfois divergents : celle de la profession de référence, celle de l'institution scolaire et celle de la relation à l'enfant et à sa culture (Osiek, 1998). Ils travaillent avec les jeunes et leurs familles dans une perspective holiste qui n'est pas toujours partagée ou comprise par leurs collaborateurs. Leur champ d'intervention appartient à un sous espace dominé du champ médical, la médecine sociale (Osiek, 1998), c'est-à-dire une médecine qui prend mieux en compte l'environnement social et économique des individus, à la fois pour prévenir et agir, et ne s'appuie pas seulement sur des données biologiques pour corriger des problèmes. Dès lors, leur intégration dans le monde éducatif ne va pas de soi, ni sans difficultés. Les pratiques de collaboration par exemple apparaissent comme variables selon les contextes

³³ Décret n° 2012-762 du 9 mai 2012 portant dispositions statutaires communes aux corps d'infirmiers de catégorie A des administrations de l'État

³⁴ Circulaire n° 2015-119 du 10-11-2015 MENESR - DGESCO B3-1 NOR : MENE1517121C Missions des infirmiers (ères) de l'éducation nationale,

et les situations. Ce partenariat n'est possible que « *lorsqu'enseignant(e) et infirmière se considèrent comme des partenaires éducatifs, confiants dans leurs compétences respectives.* » (Osiek, 1998, p. 68). La plupart des IEN ont d'abord exercé dans d'autres domaines avant de se reconvertir dans la santé scolaire et l'entrée en fonction intervient en moyenne dix ans après l'obtention du diplôme (Hardy et al., 2014). Ils ont donc forgé leur « *habitus professionnel* » en contexte hospitalier le plus souvent, où le modèle biomédical du soin était dominant, y compris en formation initiale, et ont dû s'adapter ensuite à un nouveau paradigme professionnel, centré sur l'approche éducative, dans un cadre institutionnel déplacé de l'hôpital vers l'école (Selponi, 2015).

Les IEN sont formés à travailler dans la continuité de l'organisation médicale et dans une logique curative au sein d'un cadre institutionnel extrêmement normé. Dès lors, l'appropriation d'un modèle plus global et offrant davantage d'autonomie est nécessaire mais, en effet, loin d'être évident. Il ne s'agit plus de dispenser des soins sous ordonnance mais de développer une identité professionnelle recomposée dans le champ de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé (Hardy et al., 2014). Les représentations du rôle sont variées parmi les IEN, elles tendent vers une confusion entre « rôle propre » et « posture professionnelle » plutôt entendue alors comme « propre rôle ».

*« Il m'est arrivé de me perdre dans cette posture, ce problème de posture ne s'est jamais posé à moi lorsque j'étais à l'hôpital, on est centré sur les besoins précis et prescrits des malades »
« Ce n'est pas facile de changer de posture surtout quand aucune formation sérieuse ne permet de réaliser ce grand écart (...) La profession d'acteur de prévention n'est pas celle de soignant, il a fallu endosser un autre costume (...) apprendre un nouveau job et enterrer le premier »*
(Hardy et al., 2014, p. 78).

Il existe une forme de tension identitaire : certains éprouvent un manque de reconnaissance de leurs compétences, une remise en cause de leurs valeurs et parfois une perte d'estime de soi. On retrouve aussi chez eux un sentiment d'isolement.

Dans leurs pratiques, une tendance à privilégier les savoirs et contenus biomédicaux se dégage. Par ailleurs, les conceptions et pratiques évoluent avec le temps et l'ancienneté ce qui tend à penser que c'est l'expérience au contact du système scolaire qui influence leur développement (Berger et al., 2009). Deux modèles de représentations se dégagent : le modèle biomédical qui est dominant parmi les IEN les plus jeunes et recrutés depuis peu et le modèle humaniste sur lequel s'appuient les IEN les plus expérimentés (Nekaa & Berger, 2018). Il en résulte deux modèles de pratiques : le premier, relié au modèle biomédical, se situe davantage dans le « faire » et l'action, le travail s'y organise de façon solitaire, ce qui favorise le sentiment d'isolement professionnel. Les pratiques d'intervention sont fondées sur le modèle transmissif

de l'enseignement et les contenus biomédicaux abordés restent thématiques et centrés sur la prévention des risques. Ici, l'IEN se positionne plus comme un enseignant spécialisé en santé dans la tradition disciplinaire de l'école.

Dans le deuxième modèle, les IEN travaillent en collaboration et investissent plus régulièrement leur rôle de conseiller technique auprès de la communauté éducative, ils mettent en œuvre des projets dans le cadre de partenariats et des séances d'éducation à la santé avec les enseignants, ce qui favorise le sentiment d'intégration. Leur approche est plutôt globale, fondée sur la citoyenneté et les compétences psychosociales, elle intègre les élèves dans la conception du projet et les contenus abordés sont diversifiés, contextuels et sociétaux. Enfin, concernant les pratiques des IEN, plusieurs travaux ont porté sur l'écoute qui relève du cœur de l'activité en milieu scolaire. Elle s'impose comme la modalité d'intervention dominante et est présentée comme une dimension importante de l'identité professionnelle. « L'« écoute » renvoie à une posture professionnelle spécifique : celle de l' "infirmière disponible", disposée à recueillir les souffrances que les enfants viendraient lui confier spontanément » (Longchamp, 2014, [19]). La recherche sur les IEN porte essentiellement sur la place et le rôle qu'ils occupent à l'école et notamment sur leurs pratiques de collaboration mais elle ne fait pas l'objet d'une analyse de l'activité, qui permette d'évaluer la mise en œuvre, en actes du travail prescrit, ni les nœuds qui la sous-tendent. Elle invite toutefois à se poser la question d'une formation initiale et continue qui leur permette de comprendre et d'investir davantage leur rôle propre dans une perspective sano-scolaire et de faire reconnaître leur contribution singulière dans les missions de l'école sans entrer en tension avec le domaine qui relève du rôle des enseignants.

Les infirmiers du travail

Les Infirmiers de Santé au Travail (IST) ou infirmiers d'entreprise sont eux aussi considérés comme des spécialistes de la SP. Ils exercent dans les services de santé au travail ou Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI). Leurs missions sont définies par le CSP et le Code du travail qui imposent depuis 2011, leur présence dans certaines entreprises en fonction de leurs effectifs de salariés. Les petites entreprises adhèrent le plus souvent aux SSTI. En théorie, et en dehors de l'urgence, l'IST intervient essentiellement dans le domaine de la prévention. Ses interventions sont placées sous l'autorité du médecin du travail (MT) de l'entreprise ou de celui du SSTI, il travaille en collaboration avec tous les autres professionnels de santé au travail (psychologues, ergonomes, travailleurs sociaux...). Seul le diplôme d'État d'infirmier est nécessaire pour exercer dans ce domaine, mais le plus souvent des formations de type Diplôme Universitaire de santé au travail sont exigées ou proposées lors du recrutement. Dans le cadre

de leurs missions, ils assurent : des visites d'information et de prévention individuelles des salariés, des visites de suivi individuel renforcé, des actions collectives de prévention des risques, d'information sur la sécurité au travail et d'éducation à la santé au travail, en partenariat avec le MT. Ils participent au recueil de données épidémiologiques et à la veille sanitaire, à l'analyse des postes de travail et aux actions visant le maintien ou l'insertion des salariés dans leur emploi.

Néanmoins, une enquête datant de 2009 a montré que l'activité dominante des IST relevait surtout de la surveillance médicale (convocation et participation aux examens médicaux, suivi des examens médicaux...) et d'activités de soins et d'écoute dans le cadre de la prise en charge et du suivi des accidents du travail ou du soutien psychologique des salariés en difficulté. Le temps passé aux actions de prévention et d'éducation à la santé est plus variable selon les entreprises mais reste en marge des activités de suivi médical. « *Très souvent, les infirmières n'ont pas de statut. L'absence de cette reconnaissance statutaire ne permet pas de les identifier comme métier à part entière, mais comme assistantes du MT* » (INRS, 2009, p. 227). D'une manière générale, on retrouve les mêmes confusions de rôles que chez les IEN notamment en lien avec la collaboration médicale. La logique *santé au travail* a du mal à se départir de la logique *médecine du travail* et le rôle propre infirmier, reconnu par le Code du travail, se heurte souvent au rôle délégué par le médecin. Le plus souvent, les entretiens infirmiers sont protocolisés par le MT, de même que les prises en charge des soins d'urgence (De Labrusse et al., 2012). Si la loi de 2011 réorganise les services de médecine du travail en services de santé au travail, elle reste globalement ambiguë sur les relations de collaboration entre MT et IST et entraîne des conflits entre les deux professions (Davezies, 2010). « *La lecture hiérarchique des relations professionnelles est désormais insuffisante et les personnels médicaux doivent élaborer un véritable partenariat basé sur une réelle prise en compte des complémentarités de compétences. L'enjeu est essentiel... il est d'améliorer la santé au travail des salariés* » (Higounenc & Lattes, 2014, p. 8). Les MT ont du mal à reconnaître la plus-value infirmière dans la conduite des entretiens de suivi, qui selon eux s'apparentent à leur propre pratique. La cohérence et l'efficacité des actions de promotion de la santé en entreprise dépendent donc grandement de la qualité de la collaboration MT/IST et des représentations inter catégorielles de rôles qui mériteraient d'être mieux définis.

Les infirmiers militaires

Dans le milieu militaire, les infirmiers exercent au sein des services de santé des armées. Ils sont recrutés directement par le corps des armées qui assure aussi leur formation initiale. En

matière de SP, les missions de ces services comportent l'épidémiologie de terrain, la veille sanitaire de défense, la surveillance épidémiologique, la promotion de la santé, la prévention, la recherche... Si les infirmiers qui y exercent considèrent l'épidémiologie et la prévention comme constitutives de leurs missions, ils ont néanmoins une vision parcellaire des champs de la SP et voient surtout la surveillance comme une contrainte imposée par l'institution plutôt que comme une activité utile « *Elle est de plus perçue comme un domaine d'experts mis en œuvre par des spécialistes, alors que les principaux acteurs de sa mise en œuvre sont les personnels de santé décideurs, les médecins et infirmiers des forces* » (Sanchez et al., 2016, p. 14). Cause et/ou conséquence, la recherche dans le domaine des pratiques de SP des infirmiers militaire est quasiment inexistante.

D'autres domaines professionnels comme le soin en milieu carcéral, les soins humanitaires, la PMI... également peu représentés et assez mal connus, possèdent des missions plus spécifiquement en lien avec les champs d'intervention de la SP mais n'ont pas intéressé la recherche pour l'instant. Il en va de même pour les infirmiers exerçant au sein des ARS ou autres collectivités territoriales, souvent appelés *infirmiers de santé publique*, bien qu'ils n'aient pas de formation spécifique dans le domaine. Si leurs missions sont clairement spécifiques de la SP, veille et alerte, promotion, éducation pour la santé et lutte contre l'exclusion, planification et régulation de l'offre de soins... leur champ d'action reste mal défini et dépendant des territoires et de leurs priorités. Ils travaillent en collaboration avec d'autres professionnels auprès desquels ils assurent la fonction de conseiller technique et un travail de communication et d'information du public. Ils participent à la recherche dans le domaine de la SP mais leurs activités ou leurs représentations n'ont pas été explorées à ce jour.

Les infirmiers à domicile

Les infirmiers exerçant à domicile et dans des lieux de vie (EHPAD, MAS/FAS³⁵...) sont au cœur de la SP. Ils prennent en charge les personnes dans leur environnement habituel, qu'ils doivent appréhender de manière holiste : le soin dépend de l'hygiène, de la taille et de l'ergonomie de l'habitat, des ressources financières, sociales et relationnelles de la personne, de la situation géographique de son logement... À domicile, les différentes composantes de la santé et les liens entre les déterminants de santé et la maladie sont beaucoup plus visibles pour les soignants qui y exercent. Tandis que l'hôpital extrait, pour un temps, de leur contexte

³⁵ Maisons et Foyers d'Accueil spécialisés (handicap)

habituel, les personnes en difficultés dans leur vie personnelle, dans les lieux de vie, les infirmiers sont confrontés et doivent prendre en compte des problématiques bien plus générales que la seule dimension biomédicale. Par ailleurs, les durées de prise en charge beaucoup plus longues et l'activité en immersion dans le cadre de vie permettent des diagnostics cliniques beaucoup plus pertinents. Malheureusement, les soignants exerçant à domicile *courent après le temps* et les systèmes de tarification et de remboursement des soins qui impliquent une ordonnance médicale et excluent les soins relationnels et éducatifs nuisent à la valeur accordée aux actions de SP qui restent, de fait, en marge de l'activité principale. Il serait toutefois intéressant de comparer les représentations et pratiques de ces professionnels, qui sont davantage confrontés aux problèmes de SP, au regard de celles de leurs collègues hospitaliers. Selon une étude belge datant de 2011, les infirmiers à domicile ne consacrent que 7,6% de leur temps à des activités d'éducation (Heyden et al., 2011). En France, il n'en existe pas de ce type. ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe) est « *un dispositif qui propose un accompagnement individuel, par un infirmier spécifiquement formé, de patients atteints de maladies chroniques au sein des cabinets médicaux* » (Paps-Grand Est, 2019). Il se développe depuis 2004 sous l'impulsion des pouvoirs publics. Malgré des résultats plutôt encourageants en termes d'efficacité et de satisfaction des usagers : « *le travail en équipe entre MG et IA³⁶, dans le contexte de l'expérimentation Asalée, génère des gains d'efficacité en termes de productivité des MG relativement à l'exercice libéral monodisciplinaire* » (Loussouarn et al., 2019, p. 519) - il reste encore peu connu et implanté sur l'ensemble du territoire. Si globalement les infirmiers inscrits dans le dispositif se disent plutôt satisfaits des missions qui leur sont confiées, en particulier en ce qui concerne la posture relationnelle et éducative, les premiers bilans montrent, eux aussi, des limites dues aux confusions de rôles et de complémentarité des compétences (Simondon, 2015).

De même que pour tous les autres domaines du soin, la réelle contribution infirmière aux missions de SP dans ce type de dispositif dépend des conceptions et motivations des médecins à s'y intégrer ainsi que des modes de collaboration mis en place (Fournier et al., 2018). Elle dépend probablement aussi d'une volonté politique de reconnaître ces soins en accordant aux infirmiers une véritable responsabilité dans l'initiative éducative, qui se doit alors d'être inscrite à la nomenclature de tarification et se dédouaner des procédures de prescription médicale pour ne relever que de la seule implication infirmière.

³⁶ MG : Médecin Généraliste et IA : Infirmier Asalée

Les infirmiers en santé mentale

Dans le domaine des soins en psychiatrie, nommés désormais santé mentale, ce qui révèle une évolution de conception non sans lien avec la culture de la SP, les problématiques sont assez proches de celles rencontrées à domicile. En lui-même, l'intérêt porté à la santé mentale par cette branche spécifique de la médecine, constitue déjà une approche plus globale que celle de la médecine traditionnelle puisqu'elle prend premièrement en compte les individus dans leurs composantes psychologique et sociale. Par ailleurs, les soins en santé mentale visent aussi la réintégration sociale et se doivent de considérer les personnes dans leur cadre général de vie (travail, loisirs, logement, relations familiales et sociales...). « *La santé mentale, c'est intime, secret, caché. Cela devient public quand l'expression du trouble et de l'angoisse deviennent trop intenses, quand cela « perturbe » la famille, le milieu du travail ou la société* » (Piel & Roelandt, 2001, p. 9). Ce sont des prises en charge de longue durée, dont les thérapeutiques ne reposent pas exclusivement sur la pharmacologie, même si elle en est une composante importante, mais inclut très largement des activités de médiation sociale, de relation d'aide et d'accompagnement vers l'autonomie. Ces activités peuvent être individuelles, mais les pratiques de médiation collective (sport, jeux, activités de promotion de la santé...) sont privilégiées dans certains projets de soins, ce qui implique que les professionnels sont également habitués à des démarches d'analyse de besoins collectifs, par rapport à la traditionnelle approche individuelle de l'hôpital général.

De même, dans le domaine de la santé mentale, le travail pluridisciplinaire est davantage lisible par rapport aux soins généraux. Les réunions pluridisciplinaires de synthèse sont souvent hebdomadaires et la culture interprofessionnelle est mieux partagée. La répartition des tâches est davantage décloisonnée et les frontières entre les rôles sont plus floues mais mieux acceptées : tandis que les infirmiers ont des activités assez proches des activités médicales dans leurs déroulements et leurs objectifs (entretiens thérapeutiques, observation et diagnostics cliniques...), ils ont des pratiques en commun avec d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaires comme les travailleurs sociaux ou les éducateurs sportifs. Ainsi, les soins infirmiers peuvent relever d'activités sportives, d'aide à la recherche d'un emploi ou à la gestion du budget... L'éducation à la santé fait partie des activités courantes des infirmiers et plus largement des équipes de santé mentale mais elle est considérée comme une activité thérapeutique à visée psychothérapeutique et sociale, et pas vraiment comme une activité de santé publique. Elle est un support plus qu'un objectif de soins. Il serait donc très intéressant de connaître les représentations en lien avec la SP des soignants exerçant en santé mentale et de savoir si leur approche plus globale révèle une meilleure intégration de la SP dans les

conceptions de soins. En effet, si la recherche en santé mentale se développe et que les politiques de SP en ont fait une priorité intégrée dans ses objectifs, à ce jour et concernant les infirmiers, elle porte surtout sur les soins relationnels et l'éthique et n'interroge pas les pratiques sous l'angle de la SP.

Les infirmiers de soins généraux

À l'hôpital, où les infirmiers sont, rappelons-le, les plus nombreux à exercer, c'est dans le cadre du suivi des Maladies Chroniques (MC) que les soins préventifs et éducatifs sont les plus saillants. Bien qu'ils relèvent du domaine de la prévention tertiaire³⁷, ils s'intègrent parfaitement dans la finalité des politiques et des stratégies de SP.

Selon l'OMS, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) vise à « *aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » ; elle se développe un peu partout dans le monde depuis le début du XXI^e siècle. En France, la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire de 2009 (loi HPST), l'inscrit dans un cadre législatif. Initialement associée au domaine de la prise en charge du diabète qui reste la plus fréquente des thématiques, l'ETP s'est largement déployée à un grand nombre de maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires et respiratoires, cancers, obésité, insuffisance rénale, VIH, santé mentale ...).

La formation des professionnels s'est quant à elle aussi développée les dix dernières années sous l'impulsion de la loi HPST qui impose un minimum de 42h de formation pour les praticiens d'ETP. Elle est majoritairement mise en œuvre par des établissements de santé et notamment par des hôpitaux.

L'ETP fait l'objet d'une variété de recherches et réflexions, dont certaines dans le champ des sciences infirmières, qui ont pour une majorité, démontré son intérêt et sa pertinence en termes de bénéfices pour les patients, notamment dans le cadre du suivi du diabète, des maladies rénales, cardio-vasculaires ou de l'obésité... Elles ont également permis de mettre en évidence des axes d'amélioration et des pistes de réflexion : prise en charge de l'interculturalité et de la barrière de la langue, humanisation des soins (Santos et al., 2017), ETP du jeune patient (Numa-

³⁷ Prévention tertiaire : Selon la classification de l'OMS, la prévention en santé s'envisage à 4 niveaux (primaire : agir en amont sur les facteurs de risque pour éviter la survenue de la maladie ; secondaire : dépister précocement la maladie pour diminuer l'incidence de formes graves, les séquelles et la mortalité; tertiaire : éviter la survenue des complications aiguës et chroniques et les rechutes ; quaternaire : éviter la surmédicalisation et les interventions excessives du système de santé dans une logique de soins palliatifs.

La prévention tertiaire s'attache donc plus à réparer et diminuer les effets de la maladie qu'à l'éviter. Elle entre généralement dans la continuité de la prise en charge curative de la maladie, le plus souvent de la MC et intègre les finalités de réinsertion et de réadaptation.

Bocage & Bajolle, 2018), représentations du patient et ETP (Robin-Quach, 2009), étude de l'ETP dans le cadre de la poly pathologie, implication du « patient expert » (Klein, 2014)... Dans une perspective de SP, l'ETP gagnerait néanmoins à présent, à être analysée sous l'angle de l'impact économique et donc en termes d'efficacité, notamment au regard de la participation infirmière...

Quelques IFSI proposent en formation initiale, les enseignements de niveau I qui permettent la pratique de l'ETP. Si globalement l'approche semble positive en ce qu'elle met en valeur le rôle infirmier dans ses dimensions humaines, le manque d'expérience de stage dans les dispositifs d'ETP est un frein à l'intégration de la formation dispensée et pose la question de son impact, à plus long terme, pour une majorité d'étudiants qui exerceront dans des services traditionnels (Kaci et al., 2018). Les sciences de l'éducation commencent à s'intéresser aux savoirs qui sous-tendent l'ETP, (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2014) et à démontrer leur intérêt dans la compréhension des pratiques et donc dans la formation des acteurs concernés. *« C'est ainsi que le rapprochement avec des chercheurs de sciences humaines et sociales proposant un regard analytique appuyé sur les cadres de la didactique professionnelle dans les pratiques d'éducation thérapeutique adressée à de jeunes patients favorise une transformation du dispositif bénéfique aux patients et à leurs familles d'une part et fait évoluer les pratiques professionnelles d'autre part »* (Numa-Bocage & Bajolle, 2018, p. 46). En revanche, elles manquent encore de description fine et d'une analyse guidée par le point de vue infirmier. *« Autrement dit ce qui est réellement proposé au patient ou à son entourage en termes d'interventions éducatives initiales, de renforcement, voire de reprise en cas de difficultés tout au long du suivi de la maladie chronique, n'est pas détaillé »* (HAS, 2018, p. 138). Quelques recherches pionnières tendent toutefois à montrer que la pratique de l'ETP questionne les représentations infirmières du soin et met en tension des logiques contradictoires, la priorité étant toujours majoritairement accordée aux actes relevant de la continuité thérapeutique. Ainsi, *« Les règles de conduite instituées par la culture professionnelle et les besoins et valeurs de l'acteur s'entrechoquent »* (Llambrich & Pouteau, 2017, [48]).

Il existe très peu de littérature autour de l'activité de SP des infirmiers exerçant à l'hôpital, en dehors du cadre de l'ETP. Quelques recherches portant sur les représentations et les conceptions nous confirment néanmoins que l'approche SP des soins relèvent des mêmes difficultés que pour les infirmiers spécialisés. Une étude datant de 2004 a révélé la relative méconnaissance de la SP des infirmiers exerçant à l'hôpital, qui ne se définissent d'ailleurs pas comme des acteurs de SP (Pommier et al., 2004). Les résultats montrent que si tous les personnels interviewés disent pratiquer des actions de SP, elles se limitent la plupart du temps à la prévention et

l'éducation, très orientées vers la réduction des risques liés à la maladie ou aux traitements, selon une approche biomédicale. Peu considèrent l'hygiène hospitalière, l'accueil du patient, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, la prévention de la douleur ou encore la mesure de la satisfaction des usagers comme une affaire de SP. Leur approche est très centrée sur le patient hospitalisé et n'intègre pas les réseaux et filières de soins ambulatoires avec lesquels ils collaborent peu. Les axes de définition proposés sont assez éloignés de celui de l'OMS et les dimensions collectives, politiques, sociales, culturelles ou environnementales de la santé sont rarement évoquées, de même que la démocratie sanitaire ou la responsabilité du patient dans son projet de soins. Leur perception de leur propre implication dans la SP semble réduite à leurs interventions éducatives majoritairement informelles et dans le cadre d'une relation individuelle. Les conclusions de cette même étude vont dans le sens d'une nécessaire prise de conscience des missions et du champ d'intervention infirmier dans le domaine de la SP, « *pour que l'hôpital puisse prendre une véritable place de santé publique et ne soit plus seulement un lieu de soin [...] Cette prise de conscience passe aussi par l'enseignement de la santé publique en IFSI. Cet enseignement doit avoir du sens et être connecté à l'exercice de la fonction* » (Pommier et al., 2004, p. 392).

Synthèse du chapitre 3

Nous avons croisé l'histoire de la profession avec celle de la SP et des courants théoriques qui formalisent la pensée infirmière. Nous avons montré que si les 2 disciplines se rejoignent sur bien des aspects, leur rencontre n'est pas sans soulever un certain nombre de paradoxes. La profession infirmière s'est construite sous l'impulsion et l'autorité du corps médical, dont elle a encore du mal à s'affranchir, alors même que des traces de ses origines religieuses perdurent encore parfois dans les postures. Cela les amène souvent à prioriser le domaine du cure, dans la continuité de la prise en charge des problèmes médicaux et à délaisser le care, relevant du rôle propre et qui inclut les dimensions éducatives et préventives du soin. D'un autre côté, la formation en SP superpose des concepts pluridisciplinaires sans permettre aux ESI de les intégrer dans une perspective pratique et la SP reste considérée comme spécifique de certains domaines d'exercice alors même que les théories de soins sur lesquelles se fonde la discipline infirmière fonctionnent de concert avec la SP. Les théories de soins sont, par ailleurs peu mobilisées dans les enseignements à l'exception du modèle de Virginia Henderson et encore moins dans l'analyse des pratiques professionnelles.

L'activité de SP des IDE a fait l'objet de peu de recherches, particulièrement pour le domaine des soins généraux mais les différents travaux explorés montrent que, même dans les domaines

spécifiquement dédiés à la SP (IEN, IST...), des conceptions biomédicales du soin restent dominantes.

4. Un système de santé en crise qui invite à interroger la conception de la formation en santé publique des soignants et à développer la recherche infirmière

Si le XIX^e siècle a été celui de l'émergence du pouvoir médical sur la vie, qui a été permis par les progrès de la science et des techniques, cette logique du tout médical connaît aujourd'hui ses limites. En effet, et comme le démontre si brutalement la crise sanitaire et économique liée à la pandémie de la covid-19, les soins curatifs ne suffisent plus à répondre aux nouveaux besoins engendrés par le spectaculaire allongement de la durée de vie et l'accélération de la mondialisation qu'a connu le XX^e siècle : vieillissement de la population et augmentation de la dépendance, pathologies chroniques liées à l'âge et aux comportements humains, émergence de nouvelles maladies infectieuses (VIH, Ebola, coronavirus...) ... Afin de garantir l'équité dans la répartition des ressources de santé et de maîtriser l'équilibre de leur budget, pour assurer la pérennité du système de santé et les valeurs humaines et sociales qui le fondent, la prévention doit aujourd'hui impérativement être déployée à tous les niveaux de prise en charge. Dans une perspective holiste, les interventions doivent alors s'étendre à une variété de secteurs (santé, social, éducation, entreprise, environnement...) et impliquent une cohésion et une articulation pluriprofessionnelle de tous les acteurs. Dans un souci d'efficience, l'activité de soin, qu'elle soit préventive et éducative ou curative, doit donc désormais être pensée en termes de continuité et de complémentarité des prises en charge, et les dimensions éthique et économique de la santé être interrogées de manière systématique, non plus seulement dans une perspective individuelle mais aussi collective.

Pour accompagner de telles transformations et relever les défis que posent les questions de santé, la formation apparaît, dès lors, comme un levier incontournable dans les politiques de santé. Les professionnels de la santé et du secteur social doivent urgemment développer une culture de la SP et du travail en collaboration.

« Former les futurs professionnels de santé, c'est préparer l'avenir de notre système de soins et c'est appuyer les transformations dont il a besoin. L'enjeu n'est pas seulement de préparer des individus à l'exercice d'un métier tourné vers l'autre et de les préparer à appréhender les évolutions de plus en plus rapides du savoir médical et des protocoles d'intervention. C'est aussi de les former à un exercice collectif des professions de santé, où chacun, qu'il exerce en milieu hospitalier ou en libéral, s'inscrit dans une démarche globale de soins, fait partie d'une équipe dont chacun des

membres est complémentaire et partage un même engagement et une même culture professionnelle »³⁸.

4.1 Une évolution des besoins de santé en tension avec des ressources épuisables et pas toujours adaptées : des politiques en faveur de la prévention

Si notre système de santé demeure l'un des plus performants au monde et que l'état de santé des Français est globalement bon, comparativement aux pays de richesse équivalente, il n'en est pas moins fragile, avec des résultats nuancés par un certain nombre de faiblesses, notamment en termes d'efficacité économique, d'organisation des soins de proximité, de prévention et d'inégalités d'accès à la santé. En effet, la France se situe parmi les pays qui dépensent le plus pour la santé, avec un reste à charge pour les foyers parmi les plus faibles au niveau mondial, mais elle n'est pas, pour autant, plus efficace que d'autres pays, dont la part des richesses qui y est consacrée est plus faible. Elle ne consacre que 2% de son budget à la prévention, contre 3% en moyenne (Garré, 2015). Tandis qu'au début du XXI^e siècle, l'OMS qualifiait le système de santé français de *meilleur au monde*, 20 ans plus tard, une récente étude le place 20^{ème}, loin derrière Singapour, le Japon et la Corée du Sud, classés respectivement 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} et derrière la Suisse (4^{ème}), l'Italie (10^{ème}) ou encore la Chine (11^{ème}) et l'Allemagne (17^{ème}) (Legatum Institute, 2020). Avec en 2022, une espérance de vie élevée de 85,2 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes (Insee, 2023), la France se situe, parmi les meilleures moyennes mondiales mais affiche une *espérance de vie en bonne santé* à 65 ans, qui reste moyenne.

Par ailleurs, le taux de mortalité général continue de baisser, de même que le taux de mortalité prématurée (décès survenant avant 65 ans). Cette réduction concerne la plupart des maladies chroniques, à l'exception du cancer du poumon et des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Mais « *ces bons indicateurs sont menacés par des trous noirs en santé publique* » « *qui ont pour conséquence le développement de maladies chroniques* » » (Garré, 2015). Les premières causes de mortalité sont les cancers (27,6%) et les maladies cardiovasculaires (25,1%) (DREES, 2017). Elle présente aussi une prévalence de la démence liée à l'âge (Alzheimer et apparentés) parmi les plus élevées des pays de l'OCDE (OCDE, 2020), et quoique toujours en augmentation, l'espérance de vie croît plus faiblement que les dix années précédentes. De même, l'écart entre les 2 sexes, a tendance à s'amoinrir, comme dans la

³⁸ Frédérique Vidal, *Ma santé 2022, un engagement collectif*, dossier de presse, Ministère des solidarités et de la santé, septembre 2018, consulté le 22/01/21 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

plupart des pays européens. D'un autre côté, le vieillissement de la population et de meilleurs diagnostics associés à une insuffisance de mesures de prévention, particulièrement en ce qui concerne le tabagisme, la consommation d'alcool et l'alimentation excessive, conduisent à une augmentation de la morbidité par maladies chroniques (cancers broncho pulmonaires, maladies cardiovasculaires, obésité, diabète...) et à des taux de mortalité évitables particulièrement élevés (30% de la mortalité prématurée). En ce qui concerne la santé mentale, les troubles dépressifs représentent la plus grande part des prises en charge par ce secteur (17%) et correspondent à un taux de recours de 5,3‰ habitants. Le taux d'hospitalisations pour suicide est de 159‰. Ce sont les adolescents qui en constituent la part la plus importante (DREES, 2017). Frôlant les 25%, le taux de tabagisme en France est l'un des plus élevés parmi les pays de l'OCDE, alors qu'il se situe en moyenne aux alentours de 18%. De même, en ce qui concerne l'alcool, la France fait partie des pays de l'OCDE affichant les plus grandes consommations moyennes par habitant (11,7l pour une moyenne à 8,9l). Elle est en forte augmentation depuis 2007.

Or, les études et projections récentes montrent, par exemple, qu'

« en 2017, des meilleures interventions de prévention et du système de soins de santé auraient pu éviter près de 3 millions de décès prématurés dans les pays de l'OCDE, soit un quart du nombre total de décès. On estime à 1.85 million le nombre de décès qui auraient pu être évités grâce à une prévention primaire efficace et d'autres mesures de santé publique, et à plus de 1 million ceux liés à des maladies qui auraient pu être traitées grâce à des interventions médicales plus efficaces et prodiguées à temps » .

Toujours selon l'OCDE, la France fait partie des pays au monde où le taux d'hospitalisation évitable est le plus élevé, notamment pour les maladies chroniques de type insuffisances cardiaques, tandis que les soins de premier recours, qui devraient être en mesure de traiter la plupart des cas, sont sous mobilisés.

« L'un des principaux objectifs des soins primaires est de maintenir les personnes en bonne santé en leur fournissant un lieu de soins stable sur le long terme, en prenant en charge la plupart des affections courantes, en adaptant et en coordonnant les soins des personnes dont les besoins sont multiples et en favorisant l'auto-éducation et l'autogestion des patients. Des soins primaires de qualité permettent donc d'améliorer la santé, de réduire les inégalités socioéconomiques sur le plan de la santé et de faire en sorte que les systèmes de soins de santé soient centrés sur la personne, tout en faisant un meilleur usage des ressources de santé » (OCDE, 2020, p.128).

La France affiche aussi les durées d'hospitalisation parmi les plus longues au monde, soit environ 10 jours, contre moins de 8 jours en moyenne. Ainsi, pour un accouchement normal, les femmes françaises sont hospitalisées environ 4 jours contre moins de 2 jours aux États-Unis, au Canada ou au Royaume-Uni.

« L'engorgement actuel des urgences hospitalières est clairement identifié comme résultant pour partie des carences de la médecine de ville, où la permanence des soins n'est pas assurée

(les gardes de nuit, le week-end ou pendant les vacances) et où l'accès aux soins sans dépassements d'honoraires est loin d'être garanti. Pareillement, une prise en charge inadaptée des maladies chroniques ne contribue pas à prévenir la perte d'autonomie chez la personne âgée et peut conduire à des épisodes hospitaliers coûteux avec des suites invalidantes » (Askenazy et al., 2013, p. 3).

Dans le domaine assez controversé de la vaccination et, même si la stratégie politique a été renforcée en 2018, avec le passage à 11 vaccins obligatoires (au lieu de 3), elle resterait encore insuffisante : la couverture vaccinale pour le HPV, notamment, se situe bien en dessous de nos voisins européens, tandis que le cancer du col de l'utérus est en constante augmentation (HCSP, 2014).

Concernant la consommation de soins médicaux, la probabilité qu'un individu français consulte un médecin dans l'année est la plus élevée au monde, avec 89%, (contre 64% en Suède, où le développement et le recours à la pratique infirmière avancée ont considérablement fait baisser ce taux)

« Les évaluations des infirmiers praticiens réalisées aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni montrent que ce personnel infirmier en pratique avancée permet d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les délais d'attente pour certains patients, en particulier ceux qui rencontrent des problèmes de santé mineurs ou qui ont besoin d'un suivi ordinaire, et peut assurer dans le même temps des soins de qualité équivalente à ceux dispensés par les médecins. Les évaluations font apparaître un taux élevé de satisfaction des patients, ainsi qu'un effet neutre ou à la baisse sur les coûts » (OCDE, 2020, p. 180).

Concernant la consommation de médicaments, elle reste également l'une des plus élevées au monde, la France est par exemple le 3^{ème} prescripteur d'antibiotiques en 2013, tandis que les génériques sont sous prescrits comparativement à la plupart des pays de l'OCDE (Garré, 2015). Il en va de même pour les pratiques de polymédication qui augmentent avec l'âge. La France se place 2^{ème}, en termes de dépenses de produits pharmaceutiques, juste derrière l'Allemagne. Comme dans la plupart des pays de l'OCDE, ces taux restent marqués par de notables inégalités sociales. *« Les inégalités de recours aux soins contribuent à la plus grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement plus important pour les plus démunis. Ainsi, la participation aux dépistages est différente selon la situation sociale » (DREES, 2017, p. 23).* On note une différence significative de consultation en médecine générale selon les classes sociales, elle est de l'ordre de 10% pour les consultations spécialisées, c'est particulièrement vrai pour les mammographies, les frottis du col de l'utérus et les tests de dépistage des cancers coliques (Pol, 2009). Par ailleurs, on note un écart de plus de 6 ans entre l'espérance de vie d'un cadre et d'un ouvrier masculin ainsi que des prévalences de morbidité pouvant aller du simple au triple selon le niveau d'études.

« Les classes les plus favorisées économiquement et/ou les plus diplômées bénéficient d'un meilleur état de santé, d'une capacité d'appropriation des messages de prévention plus adéquate et d'un accès au système de santé, notamment de recours aux soins plus adapté [...] on observe en effet des différences entre catégories socioprofessionnelles pour pratiquement l'ensemble des activités humaines et par conséquent l'ensemble des déterminants de santé : conditions de travail et de logement, comportements (sociabilité et reconnaissance sociale, alimentation et consommation de substances psychoactives, recours aux soins...) » (DREES, 2017, p. 23).

Ainsi, les classes sociales les plus défavorisées sont plus impactées par les maladies respiratoires (BPCO, asthme...) et digestives (obésité, diabète de type 2...), les troubles mentaux et les problèmes dentaires (le coût élevé des prothèses dentaires par exemple permet aux plus aisés de s'en doter significativement plus : 35% contre 20%) ; *« S'il existe bien des différences de rapport au corps et aux soins entre groupes sociaux, la contrainte financière qui pèse sur les plus pauvres est également pour beaucoup dans les inégalités de santé. 22 % des individus pauvres n'ont pas de complémentaire santé (CMU complémentaire comprise) alors que ce n'est le cas que de 7 % du reste de la population »* (Pol, 2009, p. 69).

Ces inégalités impactent également les territoires, ainsi on retrouve une espérance de vie plus élevée dans le sud de la France et en région parisienne tandis qu'elle peut être inférieure de 4 ans, dans certains départements d'Outre-Mer. De même, les taux de mortalité infantile, de tabagisme et de consommation d'alcool sont plus élevés dans les DROM. *« Ces fortes interrelations entre territoire et santé imposent de mieux articuler les questions d'aménagement, de gestion ou d'organisation du territoire à celles des enjeux de santé publique »* (Rican et al., 2014, p. 45). Concernant les professionnels de santé, la France est l'un des seuls pays européens où la densité médicale est restée stable, tandis qu'elle a tendance à augmenter partout ailleurs. Les médecins sont mal répartis sur le territoire du fait de la liberté d'installation qui leur est allouée et on commence à en manquer dans certaines zones rurales ou pour certains types de prises en charge complexes. Cela entraîne un déficit d'accès aux consultations pour certaines populations, par ailleurs et de même que pour les infirmiers libéraux, le paiement à l'acte limite les interventions de prévention. *« L'influence des systèmes de soins sur les inégalités sociales de santé reste controversée. Il est clair cependant que l'organisation de la médecine générale en France n'incite guère aux actions de prévention des consommations à risques »* (Askenazy et al., 2013, p. 3). Enfin, le vieillissement des médecins laisse craindre une pénurie, particulièrement dans certaines zones rurales, pour les prochaines décennies.

Au-delà des effets négatifs sur la santé des Français, c'est aussi le système de financement de la santé qui est en péril. Avec l'accroissement du vieillissement et de la dépendance, celui de la

prévalence des maladies chroniques et les progrès constants de la recherche qui permettent l'émergence de nouvelles thérapeutiques, les dépenses de santé sont en constante augmentation. Depuis sa création en 1945 et malgré les mesures de limitation des dépenses et la création de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) en 1996, le fameux *trou de la sécurité sociale* n'a fait que se creuser et préoccuper les pouvoirs publics. Ainsi, la révision des taux de remboursement des prises en charge, le déremboursement de certains médicaments ou prestations de soins, la participation des citoyens au financement de la dépendance par la journée de solidarité, la généralisation de l'usage des génériques ou encore la mise en place de la Tarification A l'Activité (T2A), qui suggère une gestion de type *hôpital entreprise*, n'ont pas été suffisants pour équilibrer les recettes et les dépenses et invitent aujourd'hui à penser l'économie de la santé de manière différente. En effet, les déficits structurels en lien avec l'organisation de l'offre de soins pèsent sur les dépenses publiques et engagent l'avenir des générations futures. Ce diagnostic est d'autant plus d'actualité, que les recettes sont en baisse à cause du vieillissement de la population et que l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques conduisent à des dépenses qui creusent encore davantage l'équilibre du budget de la santé (Bourgueil, 2014).

« Malgré ses qualités reconnues, le système de santé doit se réformer en profondeur pour faire face aux défis des vingt prochaines années. Les indispensables transformations qui sont à réaliser imposent de mettre fin à l'antagonisme traditionnel des professions de santé et des pouvoirs publics en France. Les intérêts des professions de santé et de la collectivité sont convergents, la protection de la santé des populations est leur mission commune et leurs interventions sont indissociables dans un système de santé moderne » (Tabuteau, 2010a, p. 120).

Dans cette perspective, et pour répondre aux enjeux de SP, la stratégie politique de la France, pour la période 2018/2022, comporte 4 axes prioritaires : mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie - lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé - garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge - et innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens. En effet, la promotion de comportements favorables à la santé peut réduire les facteurs de risques conduisant à des coûts considérables en développant ou renforçant les compétences psychosociales des individus par l'éducation à la santé. *« La stratégie nationale de santé s'inscrit dans le cadre économique et financier fixé par le Gouvernement pour un rétablissement durable de la situation des finances publiques. Elle contribue à renforcer l'efficacité du système de santé en cohérence avec le plan d'appui à la transformation du système de santé et à garantir la soutenabilité des dépenses de santé,*

condition du maintien d'un accès de tous à des soins de qualité » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).

En matière de prévention, les priorités seront donc en faveur de la réduction des comportements à risque : tabagisme, consommation d'alcool et de produits psychoactifs licites et illicites, conduite dangereuse sur la route... ainsi que la promotion d'une alimentation saine, de l'exercice physique régulier, de la santé sexuelle, de l'hygiène individuelle et collective et plus généralement des conditions de vie et de travail ainsi que la maîtrise des risques environnementaux (amélioration des conditions d'habitat et de la pollution intérieure, développement de la culture de la prévention dans les milieux de travail, réduction de l'exposition à la pollution extérieure et renforcement de la prévention des maladies vectorielles). Toujours en rapport avec la prévention, les mesures viseront à renforcer la stratégie vaccinale, mieux gérer l'usage des antibiotiques, pour conserver leur efficacité, améliorer l'organisation du dépistage des maladies chroniques, pour promouvoir les prises en charge précoces, et enfin développer les actions de promotion de la santé. L'ensemble des mesures en lien avec ce premier axe est décliné dans le Plan national « *Priorité prévention : Rester en bonne santé toute sa vie de 2018/2019* ».

Dans le domaine des inégalités de santé, la stratégie politique comporte 2 domaines d'actions. D'abord lever les obstacles socioéconomiques d'accès à la santé : renforcer les dispositifs existant (Protection Universelle Maladie (PUMA), Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)) et les rendre accessible à tous, via notamment, une meilleure information et orientation des usagers sur leurs droits, incluant les plus vulnérables ou éloignés – limiter les frais restant à charge des foyers pour les prothèses dentaires et auditives et l'optique médicale – prévenir la désinsertion professionnelle et sociale des personnes malades ou victimes d'accidents, en développant une logique de soin globale et intégrative ainsi que le travail en réseau pluriprofessionnel. Ensuite, il s'agit de mieux garantir l'accès aux soins au niveau territorial : renforcer et mieux répartir la présence médicale et soignante sur l'ensemble du territoire - généraliser l'usage du numérique pour abolir les distances – encourager les projets et initiatives innovantes dans une perspective de restructuration des soins primaires adaptée aux spécificités locales.

Le 3^{ème} axe de la stratégie vise une amélioration de l'efficacité des soins par une logique de parcours. Il s'agira alors de transformer l'offre de santé sur les territoires, pour une meilleure coordination des soins primaires et des soins spécialisés et de développer le travail

interdisciplinaire en réseau dans une perspective de continuité. Une attention toute particulière est portée aux personnes âgées ou en situation de handicap et aux parcours de santé mentale.

Dans le même axe, le développement d'une culture de la qualité est indispensable : association des usagers à la démarche qualité – analyse de la pertinence des prescriptions, des actes, examens et hospitalisations – promotion du bon usage des médicaments et de la prescription de génériques et biosimilaires – et amélioration du dispositif de veille et de sécurité pour faire face aux situations de crise. Enfin, toujours dans une perspective d'efficacité, les actions proposées vont dans le sens d'une adaptation des formations des professionnels de la santé et du secteur social pour une plus grande complémentarité des compétences.

Le dernier axe de la stratégie de santé vise l'innovation et le renforcement de la place des usagers notamment dans les domaines de la prévention et de l'éducation à la santé : développer la recherche et la connaissance, soutenir l'innovation médicale et technologique, faciliter la diffusion des savoirs, accélérer et accompagner le virage numérique, garantir l'accès aux traitements innovants et impliquer davantage les individus et les aidants dans leurs parcours de santé. En plus de ces 4 axes transversaux, la stratégie politique comporte des dispositions spécifiques en faveur des plus jeunes et des territoires singuliers (Corse, Outre-Mer).

Dès lors, « *Pour améliorer durablement notre système de santé et son niveau de performance, de nouvelles synergies doivent prendre forme entre tous les professionnels qu'ils exercent en structure de ville, médico-sociale et hospitalière ; le modèle de financement doit être revu et les formations, mieux prendre en compte les impératifs de coopération entre les métiers et ceux de la qualité des soins* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).

4.2 Des transformations impliquant de nouvelles compétences et de nouveaux rôles : une évolution nécessaire du partage des tâches et des modes de collaboration

Afin d'adapter l'offre de soins aux besoins et défis de notre temps et de préserver l'héritage du principe de solidarité qui fonde notre système de protection sociale et d'assurance maladie, la stratégie politique 2018/2022 vise donc le décloisonnement à 3 niveaux.

D'abord, celui du financement, par la rémunération de la qualité et de la pertinence des soins, dans une logique de parcours : disparition progressive de la tarification à l'acte et création de forfaits pour les pathologies chroniques, mise à jour des nomenclatures d'actes professionnels, management de la qualité des parcours, investissements dans les procédures qualités hospitalières et mesures de la satisfaction des patients élargies à tous les secteurs de soins.

Ensuite au niveau de l'organisation des soins, par la promotion de la coopération de proximité (ville/hôpital/médico-social ; hôpital public/hôpital privé ; entre professionnels de santé).

Dans cette perspective, l'exercice libéral isolé doit devenir une exception et le regroupement en structure de coopération privilégié. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), créées par la loi de modernisation du système de santé de 2016, sont des espaces d'organisation et de coordination des professionnels de santé de ville autour d'une population donnée. Elles deviendront progressivement un principe d'exercice privilégié et une condition pour bénéficier d'un appui ou de certains financements proposés par l'assurance maladie. Elles ont pour mission de mener des actions de prévention adaptées aux besoins locaux, de garantir un accès à des consultations médicales à tous sur l'ensemble du territoire, y compris en situation non programmée et d'urgence, d'organiser les consultations spécialisées dans des délais raisonnables, d'assurer la continuité entre les soins de ville et les soins hospitaliers et d'organiser le maintien à domicile des personnes vulnérables, âgées ou polyopathologiques. Il s'agit aussi à ce niveau d'action, de repenser le partage du travail de soin pour libérer du temps médical et gagner en efficacité par la création du métier d'assistant médical et le développement de la pratique infirmière avancée.

Au niveau de l'organisation hospitalière, c'est surtout l'offre de soins de proximité qui doit être renforcée et transformée afin d'assurer les soins de médecine polyvalente, les soins aux personnes âgées et les soins de suite et de réadaptation. Les hôpitaux de proximité, dont le développement devient une priorité, ont pour mission, en collaboration avec les CPTS, d'assurer le suivi des maladies chroniques, les consultations avancées de spécialités médicales et chirurgicales, de proposer des plateaux techniques ouverts aux professionnels de ville (imagerie, biologie et explorations) et de constituer des équipes mobiles de soins s'appuyant sur des équipements de télémédecine sécurisés. Cette nouvelle coordination de proximité s'applique aussi au secteur de la santé mentale dans la mise en œuvre des plans de santé territoriaux.

Enfin au niveau des modes d'exercices professionnels et des formations l'ambition portée par la stratégie de santé 2018/2022 vise à mieux préparer les professionnels de la santé aux enjeux de SP de demain et donc à un exercice en collaboration pluridisciplinaire.

« Les trajectoires professionnelles sont aujourd'hui moins linéaires. La santé est confrontée, comme le reste de la société, à ces attentes de mobilité et peine parfois à recruter et retenir les professionnels dont les patients ont besoin. L'accompagnement des parcours professionnels doit être renforcé et l'entrée dans la carrière simplifiée. Les évolutions doivent en outre faciliter le développement de nouvelles compétences, les dynamiques de coopération et les formes d'exercice mixte entre la ville et l'hôpital » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).

Les processus de sélection, notamment dans les filières médicales et paramédicales, jugées trop précoces et brutales ont été supprimées au profit d'une orientation plus progressive autorisant des passerelles entre les différentes formations et favorisant des temps de formation communes. Les principales transformations déjà amorcées à ce niveau sont : l'universitarisation des professions de santé, la suppression du concours d'entrée en IFSI, la suppression du numérus clausus et la refonte des études des premiers et deuxièmes cycles des études médicales pour recruter des étudiants aux profils et aux parcours divers, le développement de la pratique avancée et de la recherche en santé et enfin le développement de la culture de la prévention et de l'interdisciplinarité en formation par la mise en place du service sanitaire obligatoire.

Au-delà de la pratique avancée, de nouvelles compétences semblent donc nécessaires à construire dès la formation initiale, notamment dans les domaines de l'éducation à la santé et de la coordination et de l'intégration des activités de soins, pour permettre aux professionnels de travailler ensemble, dans une logique de complémentarité et de partager une culture et des pratiques de SP au sein d'un exercice coordonné et cohérent.

Alors qu'elles étaient moins de 100 en 2009, on compte en 2020 environ 1600 Maisons Pluriprofessionnelles de Santé (MSP) sur l'ensemble du territoire français (DREES, 2021). Ce sont des regroupements de professionnels libéraux médicaux et paramédicaux (médecins, dentistes, sage-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes...) autour d'un projet de santé élaboré en commun et répondant à un cahier des charges national. Le projet de santé associe un diagnostic territorial des besoins de santé à une projection des moyens et des modes de collaboration proposés pour y répondre. Avec comme point de départ quelques initiatives locales et isolées, elles ont été légiférées en 2007 et font l'objet de mesures incitatives de plus en plus fortes depuis les 10 dernières années. Leur activité est strictement ambulatoire, elles assurent essentiellement des soins de premier recours et participent à des actions de prévention, de promotion et d'éducation à la santé.

Les MSP entrent dans les stratégies politiques de développement des soins ambulatoires dans une perspective d'efficience, au même titre que les réseaux de soins, les centres de santé ou plus récemment les CPTS. Ces organisations visent à inciter à une meilleure collaboration dans les prises en charges en favorisant la délégation des tâches et le partage d'informations. Elles présentent aussi l'avantage de centraliser l'offre de soins primaires et de faciliter l'orientation des patients dans leur parcours de soins. Elles sont une réponse aux problèmes des déserts médicaux, de la fragmentation de l'offre de soins et d'un système de santé trop centré sur l'axe curatif au détriment de celui du préventif (Ray et al., 2020). Leur développement s'inscrit dans une tendance internationale de promotion des soins primaires selon des modèles institutionnels

qui prônent de grands principes organisationnels privilégiant l'interprofessionnalité. Dans cette dynamique, on peut citer les *patient centered medical home*, aux États-Unis, les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) ou les Groupes de Médecine de Famille (GMF) au Québec qui ont fait l'objet de nombreuses études à l'étranger et montré des résultats relativement positifs. En France, plusieurs études se sont intéressées aux MSP, mais globalement, elles montrent un décalage entre des réalités variables en termes de fonctionnement, et les finalités promues par les politiques de santé (réunions de concertations, protocoles de prises en charge...). Elles évoquent une faible maturité organisationnelle, sous-tendant un manque de préparation des professionnels à ces nouveaux modes de collaboration, et où l'ascendant médical, s'est une nouvelle fois exprimé. Au sein des MSP, les médecins sont les seuls détenteurs d'un rôle totalement autonome et d'un pouvoir de prescription large, reconnu par le CSP, or une grande partie des activités des auxiliaires infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes ... est soumise à la prescription médicale. Dès lors, on y retrouve une tendance à la reproduction de « *la partition entre « professionnels prescripteurs» et « professionnels prescrits » (Bouchayer, 2010) qui organise depuis toujours les trajectoires des patients dans le secteur libéral de ville » (Moyal, 2020, p. 108), comme dans de larges proportions également à l'hôpital.*

En pratique, même si on peut observer des transferts dans les tâches et que les paramédicaux voient leur périmètre d'action s'élargir, ce sont les médecins qui coordonnent la division du travail. « *Ils s'affirment, ce faisant, dans leur rôle d'orchestrateurs des interventions des autres professionnels, rôle que les autorités sanitaires leur reconnaissent d'ailleurs dans leur définition de la coordination dans le secteur des soins primaires » (Moyal, 2020, p. 120).* Dans une logique de promotion des soins préventifs par l'éducation à la santé, on peut se poser la question de la pertinence d'une articulation des actes paramédicaux autour du médecin et de l'opportunité pour les infirmiers de s'imposer davantage comme conseil et coordinateurs, dans ce type de structures en particulier, mais aussi dans le domaine des soins en général. Pour cela, ils doivent pouvoir faire reconnaître leurs compétences singulières dans les domaines de la prévention et de l'éducation et leur intérêt dans la continuité des prises en charge, auprès des autres professionnels et particulièrement des médecins. La démarche éducative infirmière doit être rendue lisible et pouvoir s'articuler avec le raisonnement clinique médical et avec les diagnostics éducatifs, sociaux ou de rééducation, posés par les autres intervenants paramédicaux et du secteur social. En effet, « *il ne suffit pas de réunir des personnes expérimentées et compétentes, encore faut-il qu'elles agissent de concert » (Policard, 2014, p. 35).*

La recherche en pédagogie des sciences de la santé a montré que les pratiques de formation regroupant des professionnels de différentes disciplines amélioreraient la qualité des pratiques de collaboration, particulièrement dans le cadre de prises en charge nécessitant leur coordination. Dans le domaine des soins d'urgence, où la collaboration médecins-infirmiers-aides-soignants est essentielle pour une bonne articulation des décisions et des gestes, les formations en groupes pluriprofessionnels sont de plus en plus privilégiées. Elles favorisent le développement de compétences collaboratives individuelles qui, mises en synergie au sein d'un collectif professionnel, favorisent l'émergence de compétences collectives. Ces méthodes sont par ailleurs particulièrement appréciées parce qu'elles favorisent la cohésion et des rapports interprofessionnels de confiance (Policard, 2014). La formation obligatoire aux Gestes et Soins d'Urgence (GSU) pour tous les professionnels de la santé est conçue sur ce modèle et donne des résultats très satisfaisants. Elles sont l'occasion de confronter sa pratique à celles d'autres catégories socio-professionnelles et d'interroger l'identité professionnelle (Pelaccia et al., 2009). L'intérêt porté aux pratiques collaboratives dans le domaine de la santé s'élargit aujourd'hui de plus en plus au partenariat avec le patient, particulièrement dans le domaine de l'ETP. Les effets positifs de la collaboration interprofessionnelle associant le patient peuvent s'observer aux niveaux, des patients eux-mêmes ou de leurs familles et proches aidants, des différents intervenants et des médecins. *« Lorsque la collaboration interprofessionnelle s'inscrit dans un principe de pratique collaborative en partenariat avec le patient et ses proches, les bénéfices sont accrus, en particulier dans le contexte des maladies chroniques »* (Vanier et al., 2016, p. 68). L'apprentissage interprofessionnel apparaît, dès lors, comme une condition incontournable pour développer les compétences collaboratives. Il permet d'améliorer la communication interprofessionnelle, de clarifier les rôles, de maximiser l'efficacité du travail d'équipe, de favoriser le leadership collaboratif et de résoudre des conflits interprofessionnels. Il s'agit d'une rencontre où les individus *« apprennent de l'autre, avec l'autre et à propos de l'autre, dans le but d'améliorer la collaboration et la qualité des soins »* (Vanier et al., 2016, p. 75).

En lien avec la SP, ce type de formations permettrait de développer davantage les compétences d'analyse dans une perspective pluridisciplinaire, particulièrement adaptée aux problématiques de santé, qui dépassent largement le cadre purement sanitaire, comme nous l'avons déjà montré. Une étude récente qui visait à analyser l'impact d'une formation interdisciplinaire associant étudiants en soins infirmiers et étudiants en licence professionnelle d'intervention sociale, dans le cadre de la mise en œuvre d'une action de SP, a produit des résultats particulièrement encourageants (Gandon & Hardy-Massard, 2019). Ils montrent que l'apprentissage

interdisciplinaire permet de mieux connaître les compétences des autres professionnels et de faire évoluer les représentations concernant leurs métiers respectifs. Après la séquence de formation, les représentations sur les compétences de l'autre professionnel sont beaucoup plus proches des référentiels et de la réalité professionnelle. Ainsi, en début de formation, les travailleurs sociaux associent plutôt les infirmiers à un rôle technique d'assistants médicaux soumis à la prescription, tandis que ces derniers considéraient surtout les premiers comme des animateurs sociaux. À l'issue de la séquence de formation interprofessionnelle, en revanche, les représentations sont davantage orientées vers des compétences pédagogiques et éducatives communes. « *En effet, cette interdisciplinarité, si elle est bien comprise, permet une meilleure connaissance du travail spécifique de chaque professionnel et une plus grande compréhension des différents modes d'intervention disciplinaire. Elle suscite en conséquence le respect des capacités de chacun et une plus grande possibilité de poursuivre des objectifs communs* » (Gandon & Hardy-Massard, 2019, p. 23). On peut en déduire que l'apprentissage collaboratif et interdisciplinaire permet de mieux se situer en tant qu'acteur d'un système vaste et d'apprendre à collaborer dans un contexte où les soins de santé primaire impliquent une grande diversité et la synergie de professionnels dont les finalités sont communes.

Ces expériences qui permettent de développer les compétences collaboratives restent exceptionnelles dans le domaine de la formation des professionnels de la santé mais mériteraient d'être davantage étendues. Le service sanitaire ne se réalise pas dans l'interprofessionnalité pour l'instant dans la formation infirmière et pourrait aussi s'ouvrir à un partenariat avec les secteurs sociaux et de l'éducation nationale, où les questions d'éducation et de promotion de la santé sont également au cœur des préoccupations professionnelles.

« *À cet égard, au-delà de la simple perspective de mutualisation des savoirs, la visée d'une intégration des compétences relatives à la collaboration, au travail en équipe et à la gestion des conflits, dans une vision éthique et de reconnaissance de l'autre, est un enjeu actuel des transformations pédagogiques à développer dans le cadre général des réformes curriculaires en cours* » (Parent et al., 2017, p. 170).

Dès lors, la SP offre un terrain exceptionnel de recherche favorable à l'émergence de la science infirmière, que ce soit en ce qu'elle offre un vaste panel de thématiques d'un intérêt croissant (ETP, promotion et éducation en santé, santé au travail, intervention du patient expert, pratiques de formation...) ou en termes de pratiques collaboratives et de développement du leadership infirmier et est à considérer comme une opportunité d'émancipation et de reconnaissance professionnelle. Dans ce sens, l'Universitarisation des formations en santé et notamment de la formation infirmière devrait être l'occasion de regrouper davantage les différentes filières dans

des dispositifs d'apprentissage collaboratifs et de développer les pratiques de formation par la recherche.

« Ces nouveaux contours et contenus pour la santé publique font alors toute leur place à la multiplicité accrue des acteurs de la santé dont la profession infirmière peut et doit profiter. Ils s'accompagnent en effet d'une exigence d'ouverture et d'implication de l'ensemble des acteurs concernés, qui s'imposent comme les atouts incontournables d'un élargissement des compétences, exigence face à laquelle la profession infirmière peut inscrire et valoriser la transformation de ses fonctions et tâches, de ses modes de formation avec une revendication simultanée de participation à la recherche » (Bungener, 2008, p. 127).

4.3 La pandémie de 2020 ; une expérience collective qui révèle un besoin urgent de dépasser la logique purement sanitaire du soin

La pandémie à covid-19 n'est pas seulement une crise sanitaire, elle démontre à quel point les questions de santé sont reliées à la qualité de la vie familiale et sociale, à l'éducation, à la culture, à la spiritualité... plus généralement, à la liberté, aux droits de penser, de faire des choix, d'agir, de se déplacer, à la sérénité dans l'emploi, dans l'avenir, dans la vie...

Pour Edgar Morin, elle peut être comprise comme un « fait social total », (Aït Abdelmalek, 2022). Le médecin Rudolf Virchow disait « *une épidémie est un phénomène social qui comporte quelques aspects médicaux* » (Bouvier-Müh, 2022, p.22).

Elle a révélé et exacerbé la vulnérabilité humaine ; avec la covid-19, le monde s'est immiscé dans la sphère du privé et de l'intime (Bouvier-Müh, 2022).

Elle pose des questions philosophiques et éthiques sur lesquelles il sera nécessaire de débattre publiquement pour rétablir la confiance, dans la gestion de l'après-crise.

« L'épidémie fait apparaître, d'une façon particulièrement crue, les failles maintes fois énoncées par les acteurs de la santé publique, parmi lesquelles la trop faible place laissée à la prévention, le cloisonnement entre les divers champs de la santé (soin, prévention, psychosocial...) et la défaillance des dispositifs de coordination entre leurs intervenants ou encore l'insuffisant recours aux données probantes et aux instances de concertation en santé dans la décision et la définition des interventions » (SFSP, 2020, p. 5).

Les nombreux retentissements de la crise sanitaire sur toutes les sphères de la vie publique comme privée soulignent la dimension collective de la santé, son caractère social et sa portée transnationale. La crise est aussi économique, sociale, culturelle, politique... c'est une crise des sociétés elle implique des réponses cohérentes de la part d'un collectif mondial.

« La pandémie a soumis le monde entier à un test de résistance non simulé, en conditions réelles » (Mario Monti, Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable, 2021). Elle a surtout montré que les grandes épidémies qui ont marqué l'histoire n'étaient pas terminées et que la science ne savait pas encore anticiper et répondre de manière rapide et efficace à toutes les situations. Pourtant, le scepticisme général du début de la crise et le

comportement désinvolte adopté par une partie de la population et parfois par la communauté professionnelle et scientifique, la minimisation des faits par certains médecins, politiciens, voire chefs d'État, témoignent de la confiance sociale, pour ainsi dire aveugle, accordée au pouvoir de la médecine et du système de santé. Mais plus vraisemblablement, elle est plutôt une crise de la confiance en l'autre (Jaeger, 2022).

Les chiffres sont éloquentes, à la fin du mois de janvier 2021, soit un peu plus d'un an après le début de l'épidémie, on compte 94 582 873 cas confirmés dans le monde dont 17 906 888 en Europe. Le nombre de décès mondial s'élève à 2 036 713 dont 452 618 en Europe. La France affiche 3 035 181 cas confirmés et 72 877 décès (Santé Publique France, 2021). Les États-Unis, le Brésil et l'Inde sont à cette époque les pays les plus touchés même si certains chiffres restent inconnus ou peu fiables (Egypte, Iran...).

Le dernier grand pic épidémique de cette ampleur remonte à 1968/1970 avec la grippe de Hong-Kong ou grippe asiatique, qui avait fait plus d'un million de morts. Par comparaison, l'épidémie de SRAS en 2002/2003 (774 morts) et Ebola toutes flambées confondues (15 000 morts), ont eu des bilans moins redoutables. Mais le coronavirus reste pour l'instant encore bien moins mortel que la grippe espagnole en 1918/1919 (50 millions de morts) le VIH/SIDA (plus de 33 000 000 de morts depuis son apparition) où les grandes épidémies de peste du MA (on estime à plus de 25 millions le nombre de victimes de la peste noire). Il faut toutefois bien replacer l'épidémie de covid-19 dans le contexte du XXI^e siècle avec les moyens techniques, technologiques, les infrastructures, les modes de diffusion de l'information et les connaissances scientifiques qui ont permis d'en limiter les dégâts. *“Les chiffres du Covid-19 sont inférieurs à ceux que l'on a pu observer pour d'autres épidémies, concède l'historien Patrice Bourdelais. Mais on ne peut pas empêcher les gens de vivre avec la mentalité de leur époque. Aujourd'hui, nous vivons avec la diminution des maladies infectieuses, et non leur apparition ! Les pays européens ne peuvent pas encaisser 30 000 morts”* (Coutures, 2020).

D'autre part, la pandémie a révélé et accentué les inégalités sociales de santé, elle a montré la puissance des déterminants positifs et négatifs de la santé et de la maladie et pointé la faiblesse des sociétés contemporaines dans le domaine de la santé comme dans tous les domaines de la vie. *« Covid is not an equal opportunity killer »*³⁹.

C'est au sein des populations les plus vulnérables que le virus s'est le plus vite et le plus considérablement propagé, mais c'est aussi sur celles-ci, qu'il a eu le plus grand impact négatif. Ainsi, les personnes les plus âgées ont été particulièrement discriminées (Balard & Corvol,

39 Joseph Stiglitz, prix Nobel d'économie

2020), de même pour les personnes en situation de handicap et vivant dans des lieux collectifs (Forbes, 2021). Partout où il est difficile de protéger sans entraver les besoins fondamentaux, les personnes vulnérabilisées par une maladie chronique ou souffrant de polyopathologies, les classes sociales les plus défavorisées, occupant des logements plus étroits, en plus grand nombre et occupant le plus souvent des emplois les exposant à un risque accru de contamination, notamment lors des trajets en transports en commun (employés de supermarché, du transport, agents de services d'aide à la personne...) ont été les principales victimes des formes graves ou mortelles de la maladie (Damon, 2020). La plupart des ouvriers et une majorité d'employés ont été amenés à travailler à l'extérieur de chez eux lorsque leur activité a été maintenue, tandis que cela n'a été le cas que pour le tiers des cadres, qui ont pu bénéficier du télétravail. Ainsi, les cadres, les professions intermédiaires et les agriculteurs sont moins exposés au risque de contamination et aux complications dues à la covid-19 et on observe une surmortalité parmi les personnes nées à l'étranger, comparativement à celles nées en France. Les taux de surmortalité observés en Seine St Denis en 2020 pourraient être expliqués par le fort taux d'immigrés ou descendant d'immigrés habitant sur ce territoire (Brun & Simon, 2020). Aux États-Unis, les minorités noires, hispaniques et amérindiennes sont les populations les plus impactées par la covid 19 (Barbieri, 2020), « *Ils sont les premières victimes d'un système de protection sociale minimaliste et d'une infrastructure de soins dominée par des fournisseurs privés, qui fonctionne pour une large part selon des logiques de marché et qui est totalement fragmentée* » (Sauviat, 2020, p. 74).

Si la question de l'accessibilité financière aux soins en France ne s'est pas trop posée pour la covid-19, du fait de l'universalité de la couverture maladie, de nombreux malades dans le reste du monde, n'ont pas pu se faire soigner faute de moyens, y compris dans des pays riches comme les États-Unis (Dubost et al., 2020). De même, les conséquences des mesures sanitaires et notamment le confinement généralisé ont été beaucoup plus dramatiques parmi les personnes les plus pauvres : chômage technique et pertes d'emploi impactant davantage des ressources financières déjà fragiles ou instables, violences conjugales et parentales en augmentation dans des foyers davantage exposés à ce risque, manque de moyens techniques et humains pour les parents de familles nombreuses de garantir la continuité des enseignements, et décrochages scolaires accentuant la fracture sociale dans les zones d'éducation prioritaire, augmentation des décompensations aiguës et des suicides parmi les personnes souffrant de troubles psychiatriques...(Mengin et al., 2020). Presque la moitié des ménages les plus modestes déclare une situation financière qui s'est dégradée contre un quart parmi les plus aisés et la crise économique conséquente, qui risque de se prolonger, accentuera davantage encore la

vulnérabilité des foyers aux revenus les plus faibles. Par ailleurs, « *comme pour tout message de prévention, outre la qualité de la communication de ces messages (clarté, cohérence, diffusion, etc.), le niveau de littératie (langue, compréhension) et de littératie en santé (Svendsen and al., 2020), la perception des risques, ou encore la confiance vis-à-vis des autorités sanitaires vont intervenir sur la compréhension des messages et leur application* » (Dubost et al., 2020, p. 10).

Toujours en regard des personnes vulnérables, la pandémie a entraîné des ruptures dans les continuités de prise en charge des pathologies chroniques mais aussi et surtout dans l'accompagnement médico socio psychologique des personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie, de précarité ou dans le cadre de la protection de l'enfance... du fait de l'incapacité des structures d'accueil de poursuivre leurs activités dans des conditions habituelles. Cela a entraîné une perte de repères et l'isolement pour certains, conduisant à les fragiliser davantage encore.

« La crise sanitaire que nous traversons ne fait que jeter une lumière plus crue sur l'importance et le caractère multidimensionnel des inégalités qui traversent notre pays. Elle met l'accent sur les risques spécifiques auxquels font face les populations les plus fragiles exposées à une « double » ou une « triple peine » face au Covid-19, souvent liée à l'impact du virus couplé à l'impact du confinement, et appellent donc à une vigilance accrue » (Dubost et al., 2020, p. 6).

La crise sanitaire de 2020 a également révélé la faiblesse du système de santé, de l'organisation des soins et le manque de préparation des acteurs opérationnels pour gérer une situation inédite : insuffisance de matériel de protection, de tests de dépistage, d'appareillages de ventilation artificielle, de personnel qualifié... (Cannasse, 2020), (médecins et infirmiers de réanimation, techniciens de laboratoire, aides-soignants...). Elle a aussi mis en évidence les carences des soins primaires et de prévention, particulièrement en début de crise, avec une désorganisation des prises en charge des cas non urgents ou graves, une saturation au niveau de la réception des appels du SAMU, malgré l'existence des plateformes d'information mises en place assez rapidement et un engorgement des services d'urgences et de réanimation dans les hôpitaux. Elle a montré le manque d'articulation entre les décideurs politiques, les experts scientifiques, les acteurs de terrain et le public et surtout un manque de clarté et de cohérence de l'information qui ont conduit au doute (Delteil, 2022), à la circulation de fausses rumeurs et à une résistance cognitive, délétères pour la maîtrise de la propagation du virus. Les pouvoirs publics ont fait le choix, sans doute nécessaire dans l'urgence de la situation et au vu du manque de maîtrise scientifique du problème, d'imposer des restrictions lourdes de conséquences pour la société et sans vraiment être en capacité de les argumenter clairement, tandis qu'une posture pédagogique

et responsabilisante aurait présenté l'avantage d'une meilleure adhésion du public. Ces erreurs de communication ont suscité des mouvements de contestation et de défiance (Guimier, 2021). Dès lors, les controverses autour de l'utilité du port du masque dans un contexte de pénurie, de l'utilité du confinement au regard du risque économique, ou encore de l'efficacité et/ou de la dangerosité de la fameuse hydroxychloroquine... ont laissé libre cours à toute une série de théories complotistes jusqu'aux plus folles et même si elles ont rencontré une adhésion très limitée, elles ont engendré un scepticisme général largement alimenté par la presse et les réseaux sociaux. Après plus d'une année de crise dont personne ne voit le bout et un bilan déjà très lourd, la mise en circulation des premiers vaccins en janvier 2021 et les nombreuses polémiques qui y sont associées témoignent d'une confiance ébranlée et de la composante politique de la méfiance vaccinale (Guimier, 2021). Alors que l'espoir de la découverte d'un vaccin contre le VIH raisonne encore comme la grande attente du XXI^e siècle et que la covid-19 a considérablement et brutalement secoué le monde sans épargner personne, que ce soit de manière directe ou indirecte, les Français sont divisés : plus de la moitié d'entre eux est réticente à se faire vacciner, y compris au sein de la communauté scientifique et professionnelle... Comment en est-on arrivé là au pays de Pasteur ? Comment se fait-il que dans l'un des pays au monde où la consommation de médicaments est la plus élevée, ce vaccin puisse être autant contesté ? La résistance vaccinale en France est antérieure à la covid-19 (Guimier, 2021) tout comme la méfiance à l'égard des politiques qui est montée d'un cran lors du mouvement des gilets jaunes en 2018 ; ne s'agit-il donc pas aussi d'une question qui relève de l'éducation ? D'un manque de culture préventive ? Comment faire de la SP une préoccupation citoyenne et dès lors, quelles compétences pour les professionnels de la santé et de l'éducation ? Quelle place pour les infirmiers ?

Les conditions de travail du soin et de vie des résidents d'EHPAD faisaient l'objet de descriptions alarmantes depuis quelques années déjà, mais l'impact considérable de la pandémie sur la mortalité dans ces lieux de vie, et plus encore sans doute, les conséquences des mesures de confinement qui y ont été imposées, ont accentué la visibilité de la faiblesse de notre système de prise en charge de la dépendance liée à l'âge (Balard & Corvol, 2020). Habités à travailler à flux tendu, sans marge de manœuvre ou potentiel de réserve, les professionnels d'EHPAD ont été victimes, comme leurs résidents, d'une insuffisance de moyens humains et infrastructurels pour se protéger et protéger de la covid-19, tout en palliant aux effets de la détresse liée à l'isolement, qu'ont entraîné le confinement en chambre et l'interdiction de visite des proches.

Parmi les autres victimes collatérales de la pandémie, les étudiants font les frais d'un système qui semble les avoir oubliés. Depuis le début de la crise et jusqu'en février 2021, ils ont été ceux qui ont été le plus longuement contraints de rester chez eux, puisqu'ils n'ont pu reprendre les cours en présentiel qu'aux seuls mois de septembre et octobre 2020. De nombreuses études s'intéressent, depuis quelques mois à leur vécu, notamment à celui des étudiants en santé. Les résultats montrent que la majorité rencontre des difficultés à suivre leur formation et craignent pour leur avenir. Le niveau de stress est augmenté et certains se sentent totalement isolés. D'une manière criante, la précarité s'est accentuée dans les milieux étudiants, notamment sociale, conduisant à une augmentation de produits psychoactifs, de dépressions et de suicides au sein des universités (Zerhouni et al., 2021). Selon Santé Publique France, fin 2020, un étudiant sur dix présente des signes de dépression et d'après une enquête du Centre Régional d'Œuvres Universitaires et Scolaires (CROUS), plus d'un tiers d'entre eux affirment ressentir une détresse psychologique. Au-delà des conséquences immédiates, quelles seront-elles sur la génération future de travailleurs qu'ils représentent ? De la même manière, on peut s'interroger sur l'impact à long terme, des distanciations sociales, de l'abolition des gestes de proximité (poignées de mains, embrassades, étreintes...), de la rupture générationnelle qui vise à protéger les plus âgés ou encore de la fermeture des clubs sportifs et lieux de culture... sur le développement psycho-social des enfants et adolescents qui ont été contraints de se construire selon de nouveaux modèles de communication et de relations, en particulier pour les tous petits. La pandémie a changé notre rapport aux autres (Mouret, 2022). Faut-il se réjouir de l'accélération phénoménale qu'a pris le virage numérique dans les domaines, de la santé, du commerce mais surtout de l'éducation et de la formation ? Quels sont les risques pour le développement psycho-social et la santé mentale des plus jeunes ? La pédagogie numérique peut-elle vraiment remplacer l'école ? Le télétravail est-il favorable à la santé des travailleurs sur le long terme ? La généralisation de la numérisation dans les activités de la vie les plus importantes ne risque-t-elle pas d'augmenter les distances sociales alors que paradoxalement elle prétend les réduire et sommes-nous contraints de nous y résoudre ? « *La pandémie du Covid-19 est un test à la qualité des institutions démocratiques, à la qualité des services médicaux et sanitaires et à la force des liens sociaux et de la solidarité. Il n'y a qu'une politique de vérité et de transparence qui puisse vaincre ce défi, ainsi qu'une participation informée de tous et de toutes sur ce parcours qui exige de la pondération, de la sensibilité et de la proactivité* » (Mendes, 2020, [1]).

La pandémie montre qu'il est temps de se donner les moyens de transformer tout un système de valeurs et de conceptions et de développer une culture de la SP au sein de la société, à fortiori chez les professionnels de la santé, pour gérer les enjeux de l'après crise et se préparer à affronter la suivante.

D'un autre côté, la pandémie a mis en lumière une très forte implication des soignants et des étudiants en santé. De nombreux retraités, médecins et soignants de régions ou pays étrangers moins touchés, des étudiants... sont venus spontanément prêter main forte aux hôpitaux en tension, un peu avant que la vitesse de propagation ne se généralise sur le territoire, en particulier en région Grand-Est et en Ile de France. De nombreux témoignages rapportent un esprit d'équipe et une solidarité inter service plutôt inédite au sein des grandes structures ; *« Plus de conflits non plus avec l'administration. Etrangement, une communauté de destin et aussi de souffrance est en marche [...] le coronavirus a suspendu tous les conflits sociaux »* (Pialoux, 2020, p. 123). Les soignants sont érigés en héros nationaux (Robin-Vinat, 2021) et leur professionnalisme est à la hauteur de ce qu'on attend d'eux. Mais combien de temps pourront-ils tenir ?

Cet esprit solidaire s'est retrouvé à d'autres niveaux de la société et un peu partout dans le monde (Pleyers, 2020) et a contribué à pallier au manque de moyens et de préparation pour gérer la crise. De nombreux entrepreneurs ont fait don de matériel de protection (masques, surblouses, gants...), d'autres ont modifié leur production pour répondre aux besoins des hôpitaux et des soignants de ville (fabrication de gel hydroalcoolique, de masques en tissus...). Des concessions automobiles ont mis des véhicules à disposition des soignants tandis que des propriétaires fonciers se sont proposés d'héberger ceux qui risquaient de contaminer leurs familles du fait de leur exposition quotidienne... Des restaurateurs, pâtisseries, agriculteurs... ont régulièrement adouci les dures journées de travail des soignants en leur livrant des encas, plateaux repas, fruits... certaines marques de l'industrie du pétrole ont fait don de milliers de chèques essence... La France a montré qu'elle était toujours attachée à la valeur fraternité qui fonde sa devise nationale et en cela, que ce soit du côté des soignants, pour lesquels il faut parvenir à entretenir la motivation en leur donnant les moyens matériels, techniques et humains de remplir leur missions, ou du côté de la société, la crise sanitaire doit aussi être considérée comme une expérience positive en ce qu'elle représente une opportunité à saisir pour réfléchir sur les transformations qu'elle suggère.

Au sein de notre IFSI, le hasard nous a conduit à devoir introduire l'UE 1.2.S2 : « Santé publique et économie de la santé » en mars 2020, de manière concomitante à l'entrée en crise en France. Le questionnement et la curiosité des étudiants, qui étaient déjà, pour une partie,

concernés de près ou de loin, par le coronavirus, puisque nous avons été parmi les premiers territoires fortement touchés du Grand Est, nous ont amenés à concevoir très vite la pandémie comme une opportunité pédagogique à saisir. D'une manière générale, l'expérience a montré que la crise sanitaire a été favorable à l'intégration des connaissances en SP. A travers la crise, la SP s'est exprimée de manière concrète, transversale, elle a contribué à permettre aux étudiants d'établir des liens entre les concepts et à mieux se saisir des dimensions collectives, politiques, économiques et éthiques de la SP. « *La pandémie a rappelé la nature exceptionnelle du « bien » santé qui conditionne tout le reste* » (Batifoulier & Da Silva, 2021). Pour certains, elle a amorcé un questionnement et un regard réflexif sur les pratiques et missions professionnelles : « *comprendre l'importance de la prévention, l'éducation et les inégalités liées aux soins me permet d'être dans une posture professionnelle où je découvre davantage le rôle IDE en santé publique et réalise l'importance de participer à la promotion de la santé* »⁴⁰. Au-delà de toutes les difficultés qu'elle a apporté dans tous les domaines de la vie, du point de vue de notre posture de formateur, la pandémie a donc aussi montré qu'il était indispensable de pragmatiser les enseignements de SP, en la présentant davantage dans un contexte professionnel qui relève du concret. Au risque de limiter la SP à des situations exceptionnelles de crise, quelles pourraient être les autres situations de soins et de travail plus habituelles qui pourraient illustrer la SP de manière aussi saillante que la pandémie ? Quelles autres leçons pouvons-nous tirer de cette expérience collective et de quelle manière s'en servir pour améliorer les pratiques de formation et les adapter aux enjeux de SP pour les prochaines décennies ? Comment concilier « *science avec conscience pour tendre vers une bienveillance* » (Gendron, 2020) ? Comment responsabiliser et promouvoir la citoyenneté dans les questions de santé et à qui appartiennent ces missions ? En effet, « *Si la médecine détient le savoir soigner, le pouvoir de guérir appartient à ses patients et, la conscience de la prévention de la santé à l'homme. [...] Plus globalement, cette approche questionne nos savoirs et leur production et le rapport que l'homme et le politique entretiennent avec eux* » (Gendron, 2020, [2]).

Synthèse du chapitre 4

Si, depuis sa naissance, la SP a su tenir un certain nombre de ses promesses, en témoigne l'allongement de la durée de vie au cours des derniers siècles, elle a aussi créé de nouveaux problèmes qui se heurtent à un système arrivant à ses limites. L'augmentation de la durée de vie pose la question de la prise en charge des retraites et de la dépendance, les progrès

⁴⁰ Témoignage d'une ESI de fin de 1^{ère} année

scientifiques et technologiques ont permis de stabiliser un grand nombre de maladies chroniques, avec une nette amélioration de la qualité de vie (insuffisance rénale, diabète...) mais les coûts de ces soins complexes sont devenus insoutenables.

La logique du tout curatif est à bout de souffle et les évaluations comparées des pays de l'OCDE montrent que le système de santé français n'est plus si efficient. De nombreuses inégalités sociales sont à déplorer et des inégalités d'accès aux soins se généralisent des zones rurales aux zones urbaines. La pandémie a aggravé la plupart des failles de notre système de santé et a accentué la pénurie de médecins et infirmières malgré les efforts pour augmenter les quotas d'entrée en formation. Pour pouvoir continuer d'assurer à chacun son droit d'être soigné en cas de maladie ou d'accident, les politiques de santé doivent absolument miser sur une stratégie préventive dont les professionnels de santé et en particulier les IDE sont les leviers. Dès lors, leur formation doit être repensée afin de renforcer leurs compétences en collaboration et coordination interprofessionnelle, en éducation et prévention et en recherche et formation, in fine afin de développer chez tous une culture de la SP.

5. Cadre théorique : une double approche pour pragmatiser la santé publique

Dans le chapitre précédent, nous avons montré à quel point les tensions sanitaires et sociales qui pèsent sur le système de santé impliquent des transformations en profondeur, particulièrement en termes de formation des professionnels de la santé. Il s'agit tout autant de repenser l'ingénierie de la formation en SP dans une perspective de développement d'une compétence en SP, qui ne se limite pas aux soins éducatifs et préventifs, que de favoriser l'émergence progressive d'un état d'esprit SP qui intègre la mission sociale du soin. À cette fin, la formation (académique et clinique) doit être accompagnée et outillée.

Le problème que nous avons rencontré au départ est didactique, il soulève des questions auxquelles les Sciences de l'Education et de la Formation (SEF) peuvent apporter un éclairage théorique. Nous proposons à présent de montrer en quoi l'entrée par l'analyse de l'activité, que proposent la didactique professionnelle et l'ergologie, nous permet de poursuivre notre démarche dans une perspective scientifique. Ce chapitre aboutira à la formulation d'une question de recherche et d'hypothèses que nous argumenterons dans la dernière partie du chapitre 5. `

5.1 Une entrée par les situations pour construire des compétences en santé publique qui s'articulent avec l'économie de l'activité soignante : l'apport de la didactique professionnelle

Née en France dans les années 1990, dans un mouvement hétérogène et politiquement grandissant d'intérêts pour la formation des adultes, la *didactique professionnelle* a pour but d'analyser le travail pour construire des compétences professionnelles, elle est *l'analyse du travail en vue de la formation* (Pastré, 2015). Elle s'est construite aux confluents d'un champ de pratiques, l'ingénierie de formation, et de trois courants théoriques, la psychologie du développement dans la lignée de *Piaget* et *Vygotski*, l'ergonomie cognitive développée par *Leplat*, et la didactique des disciplines telle que conçue, notamment, par *Vergnaud*, *Brousseau* et *Chevallard* (Pastré et al., 2006). Si la didactique est selon Vergnaud (1992) « *l'étude des processus de transmission et d'appropriation des connaissances en vue de les améliorer* »⁴¹, la didactique professionnelle conserve un intérêt pour les savoirs à enseigner, mais se centre d'abord sur l'action efficace que ces savoirs doivent permettre de mettre en œuvre. Dans ce modèle d'analyse, il y a bien mobilisation de connaissances dans le champ professionnel mais il est subordonné au but de l'agir et la didactique professionnelle considère donc que, dès lors qu'un individu agit, il peut apprendre... Apprendre des situations, des autres et surtout de lui-même, en ce sens, elle envisage l'aspect psychologique de l'activité en prenant en considération le point de vue du sujet qui la vit. Elle s'intéresse surtout à l'individu capable, qui dit « je peux », avant de dire « je sais » (Pastré, 2015).

D'abord centrée sur l'analyse du travail comme préalable à la construction de toute formation, la didactique professionnelle l'envisage également comme instrument de formation, il s'agit donc avant tout de rapprocher le travail et l'apprentissage, que ce soit en termes de conception de dispositifs ou de méthodes d'apprentissage. Elle suggère d'analyser d'abord, l'activité de travail (réelle et prescrite), pour concevoir ensuite, des dispositifs et contenus appropriés de formation, mais, elle s'intéresse aussi à la manière dont les sujets apprennent, pour pouvoir améliorer les méthodes pédagogiques : il ne s'agit pas seulement de comprendre les activités de travail, mais, comment on apprend et comment on transmet le métier ou la profession.

D'un autre côté, si elle s'intéresse à l'activité et au sujet à l'échelle des situations, elle prend également en compte le travail dans ses dimensions macrosociales. En effet, la didactique professionnelle accorde une valeur particulière à l'espace entre le travail tel qu'il est pensé et

⁴¹ Cité par Pastré, P. (2015). *La didactique professionnelle : Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Presses universitaires de France.

normé, *travail prescrit* et tel qu'il est réellement réalisé en tenant compte du vécu de l'agent ou du contexte social et politique de la profession... le *travail réel*. Elle considère que c'est justement dans cet écart que se développent les *compétences d'adaptation et d'ajustement* qui permettent aux sujets de transférer et faire évoluer leur savoir-agir.

Cette capacité à s'adapter à une variété de situations dépasse largement le cadre du travail et certaines compétences qui s'y développent confèrent à l'agent un pouvoir d'agir dans des situations de vie ou de se réaliser dans un domaine d'intérêt personnel. Par ailleurs, « *de nombreuses situations de la vie sociale sont assimilables à des situations de travail en fonction de l'idée selon laquelle le travail est une activité contrainte* » (Mayen, 2012, p.162).

C'est en ce sens que la didactique professionnelle considère que le travail est le lieu où se poursuit le développement des adultes. « *Tout dans le travail n'est pas source de développement, assurément ! Mais tout ce qui favorise l'intelligence au travail génère du développement* » (Pastré, 2015, p. 1).

Dans les métiers du soin, l'activité implique presque toujours un patient et se déroule le plus souvent dans un cadre institutionnel intégrant d'autres professionnels et des règles et normes plus ou moins explicites. Les situations de travail auxquelles sont confrontés les infirmiers sont influencées par une telle variété d'acteurs, d'attentes, de pressions et de valeurs dans des contextes différents, qu'ils ne peuvent pas se contenter de reproduire des gestes acquis en formation ou par l'expérience sans devoir en permanence s'adapter à l'imprévu, à l'inédit.

Pour analyser ces compétences d'adaptation, il faut *analyser l'activité*, s'intéresser de près au sujet en action, à la manière dont il apprend à composer avec les influences de l'environnement du soin, à celle dont il questionne et gère ses émotions, aux écarts en référence à la norme et à leurs raisons d'être, aux modes de collaboration, de communication, de raisonnement et aux choix opérés en lien avec les représentations de l'activité et du rôle. « *Tout travail vivant est un mixte d'œuvre et de besogne : il compose une part de répétition et de routine et il comporte une part d'ajustement et d'invention* » (Pastré, 2015, p. 6).

Pour comprendre l'activité, la didactique professionnelle a dû se doter d'outils d'analyse du travail et de concepts empruntés notamment à la psychologie ergonomique. Parmi les nombreux apports de ce courant, la distinction entre *tâche* et *activité* relève de l'un des fondements de la didactique professionnelle. En effet, l'activité réelle du sujet déborde toujours de la tâche prescrite, que ce soit dans les activités de conception ou dans les activités d'exécution. Cette distinction fondamentale peut s'envisager dans la manière d'interroger et d'articuler *le quoi* (ce qu'il y a faire : la tâche ou l'objet du travail...) et *le comment* (la manière dont l'agent va le faire : l'activité réelle). Ainsi, la tâche est à la fois la source et le produit de l'activité, qui peut

être physique/manuelle et dans ce cas être directement observable, ou mentale, ce qui la rend imperceptible, alors même qu'elle détermine le comportement (Leplat, 2004).

L'analyse du travail en didactique professionnelle s'intéressera alors, d'une part à la tâche prescrite en tant que préalable, mais aussi et d'autre part à l'activité réelle du sujet dans son environnement de travail. Elle procède d'observations sur le terrain, dans le réel du travail, dont l'analyse croise le point de vue des acteurs en regard de leur activité.

« La prescription, ou plus précisément l'ensemble des entités prescriptives peut être considérée comme un artefact symbolique ou un ensemble d'artefacts symboliques [...] Ils (les artefacts) visent aussi à influencer sur les modes de pensée, les mobiles et les valeurs de ceux à qui ils sont destinés. Ils sont porteurs, ainsi que n'importe quel artefact des valeurs, intentions, conceptions du travail de ceux qui les ont conçus » (Mayen & Savoyant, 2002, p. 226).

Par ailleurs, dans le domaine des soins, comme dans les domaines serviciels en général, *la compétence exécution*, qui est dominante dans les milieux industriels, a dû laisser sa place à une *compétence ajustement*, tant les activités qui consistent à agir sur et avec des humains varient de par les situations, les environnements, les aléas ou imprévus... qui ne permettent pas toujours, voire rarement, de prévoir à l'avance les réactions humaines (soins, relations de service, éducation...). Il s'agit de pouvoir s'adapter et inventer pour répondre à l'inédit des situations que la didactique professionnelle considère comme une opportunité d'apprentissage et de développement. Dans cette perspective, *« la situation vécue au cours d'une séquence en milieu professionnel n'a pas en elle-même de portée générale, mais c'est au contraire sa spécificité qui peut en faire la richesse didactique, surtout dans une visée de généralisation. L'objectif consiste alors, non pas à chercher à en faire un cas général, mais à en faire un possible parmi un ensemble de possibles » (Pastré et al., 2006, [139]).* Par conséquent, la compétence d'un professionnel s'observe aussi dans sa capacité à s'adapter à une variété de situations.

La conceptualisation dans l'action

Pour Vergnaud, analyser les compétences revient à analyser l'action efficace, or celle-ci est toujours organisée. Elle se manifeste à la fois dans l'invariance, la régularité, la flexibilité et la capacité d'adaptation : *« l'action efficace est souplement organisée, autour d'un noyau invariant, car il ne peut pas y avoir d'organisation sans invariance, mais avec une grande capacité à s'adapter jusqu'à un certain point aux variations de la situation » (Pastré, 2002, p. 11).*

La didactique professionnelle s'intéresse à la fois aux invariants et concepts qui organisent, sous forme *de schèmes*, toute activité humaine, à *la conceptualisation dans l'action*, et aux

compétences d'adaptation dont l'altérité constitue un véritable pouvoir d'agir « *Aujourd'hui, un bon professionnel n'est pas un professionnel rigide, mais un professionnel qui sait s'adapter, tout en restant dans son domaine professionnel* » (Pastré, 2015, p. 67).

Lorsqu'un professionnel est confronté aux situations de travail, il construit des invariants opératoires en étant confronté à des problèmes que les procédures et la prescription ne peuvent pas toujours résoudre (Pastré, 1999) ; or « *on apprend des situations, quand celles-ci comportent un problème, qui requiert de l'apprenant une activité de conceptualisation* » (Pastré, 2011b, p. 12). La conceptualisation, c'est la construction dans l'activité, de stratégies opératoires, *les schèmes*, qui mobilisent un ensemble de concepts théoriques et pratiques. Ainsi, pour Vergnaud, le schème est « *une organisation invariante de l'activité pour une classe de situations données* » (Pastré, 2015) et c'est au niveau de l'organisation de l'activité qu'il faut rechercher l'invariance et non au niveau de l'activité elle-même, car cette dernière est toujours couplée à des situations inédites. Ces invariants opératoires représentent le noyau conceptuel présent dans tous les schèmes (Pastré, 2011b) : « *au fond de l'action, la conceptualisation* » (Vergnaud, 2011). Quels concepts de SP représentent le noyau invariant des situations de soins, lorsqu'elles sont envisagées dans une perspective macrosociale, c'est-à-dire à l'échelle de la SP ? Autrement dit, comment la SP pourrait-elle se manifester dans le raisonnement clinique et comment le visibiliser en formation aussi bien à l'IFSI qu'en clinique ?

En effet, le raisonnement clinique et la démarche de projet de soins infirmiers mobilisent les schèmes, même si, c'est souvent après quelques années d'expérience que les IDE parviennent à les identifier et à les formaliser dans leur encadrement. En stage comme à l'IFSI, les ESI sont généralement entraînés à porter un jugement clinique, à partir de l'analyse des éléments cliniques des situations rencontrées. Il s'agit de repérer les éléments saillants de la situation qui doivent déterminer l'action et son degré de priorité, voire d'urgence, en fonction des connaissances apportées par les enseignements théoriques et des savoirs d'expérience.

Pour illustrer nos propos, prenons l'exemple d'une situation, assez fréquente, où un ESI répond à l'appel d'un malade qui se sent mal. Alors qu'il arrive dans la chambre, il trouve un patient faible, qui a du mal à s'exprimer et se plaint de vertiges. Il constate qu'il a les mains moites et que sur la table amovible, les emballages de son traitement sont vides. Ses connaissances, la manière dont il les a agencées pour comprendre la situation, le conduit à émettre l'hypothèse d'un malaise hypoglycémique, en présence d'un certain nombre de signes cliniques qu'il a identifiés comme caractéristiques de ce diagnostic. En plus des connaissances théoriques en lien avec la physiopathologie du diabète et la sémiologie les connaissances en pharmacologie ..., il a mobilisé un savoir acquis par expérience : on lui a souvent répété en stage, qu'en

présence d'un malaise ou d'un changement soudain de l'état du patient, il faut « faire un check global » par rapport à l'environnement immédiat : le câble à oxygène est-il déconnecté ? La pompe régulatrice de débit de perfusion est-elle fonctionnelle ? La poche à urine, le drain contiennent-ils du sang ? Y a-t-il des objets suspects à côté du patient (armes, substances toxiques...) ? ... Ces conseils qu'il a suivis et ce regard global lui ont été utiles à maintes reprises par le passé, pour identifier les causes possibles des problèmes qu'il a rencontrés et les résoudre par lui-même. Son expérience l'a conduit, dans cette situation précise, à penser à vérifier immédiatement ce qui se trouvait sur la tablette et à constater que parmi les médicaments qui semblaient être déjà pris, il y avait un antidiabétique. Ce regard, en apparence anodin, a permis d'orienter très rapidement les hypothèses diagnostiques et c'est bien la combinaison de savoirs théoriques et d'expérience qui a orienté l'action qui en découle. En effet, cette activité pré-diagnostique va le conduire à un premier niveau d'actions : chercher des indices complémentaires et confirmer l'hypothèse, pour amener ensuite à un deuxième niveau d'actions et résoudre le problème. Il lui demande s'il a déjà pris son petit déjeuner, car il constate qu'il n'y a pas de plateau sur la tablette, alors que ses médicaments semblent pris. Il allonge le patient dans son lit, pour le sécuriser tel qu'on le lui a enseigné, puis se rend au bureau pour vérifier le traitement du patient dans son dossier et chercher le lecteur de glycémie capillaire. Le patient est bien diabétique, il est sous antidiabétiques oraux, effectivement déjà ingérés, et le test montre une hypoglycémie modérée, avec une indication de resucrage oral, d'après ses cours de pharmacologie. Il s'enquiert donc de servir son petit déjeuner rapidement au patient et programme une vérification de la glycémie plus tard, toujours conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Conscientieux, il transmet toutes ces informations à l'IDE qui l'encadre et vérifie comme prévu, la glycémie une heure plus tard. Elle est dans les normes attendues, le patient se sent mieux, il a réalisé sa toilette, est confortablement assis dans son fauteuil et fait des mots fléchés. L'ESI a mobilisé ses connaissances et ses expériences pour agir de manière rapide et adaptée dans le cadre d'une situation imprévue. L'activité de raisonnement et l'intervention de soins sont couplées au sein d'un schème opératoire qu'il a construit durant sa formation et lui a permis d'être efficace en situation clinique : le problème d'hypoglycémie est résolu. Oui ! mais le problème l'est-il entièrement ? En réalité, le problème est résolu dans sa partie clinique, au sens étymologique, c'est-à-dire « ce qui se passe au chevet du lit ». Mais qu'en est-il des aspects méso et macro du problème ? Pourquoi ce patient a-t-il reçu ses hypoglycémifiants avant le petit-déjeuner ? Existe-t-il un problème dans la coordination des soins ? Un problème de communication, ou de transmissions d'informations entre catégories de professionnels ? D'un autre côté, pourquoi le patient les a-t-il pris ? Ne savait-il

pas qu'il devait attendre ? Depuis combien de temps est-il diagnostiqué diabétique ? A-t-il bénéficié d'une ETP ? Si oui a-t-il compris, intégré le programme thérapeutique ? Comment gère-t-il son traitement et son régime à son domicile ? Qui le suit, a-t-il un médecin traitant ? Un diabétologue ? Quels sont les enjeux méso et macrosociaux à considérer toutes ces questions dans l'analyse des situations ? Au final, comment la SP peut-elle s'intégrer dans les schèmes mobilisés par le raisonnement clinique ?

Toujours selon Vergnaud, le schème, tout en formant une certaine unité peut alors être découpé en 4 composantes : d'abord le ou les buts poursuivis par l'action, qui permettent un certain niveau d'anticipation (mobilisation des savoirs théoriques et d'expérience) - ensuite les règles de genèse de l'action qui permettent de comprendre les liens entre les caractéristiques de la situation et l'action (raisonnement : telle circonstance conduit à telle opération) - puis les invariants opératoires, c'est-à-dire la mise en acte des concepts qui permet un ajustement de l'activité à la situation (mobilisation des savoirs d'action) - et enfin, des possibilités d'inférence, autrement dit d'adaptation, en situation, aux particularités du contexte.

Les schèmes « *ce ne sont pas d'abord des objets de pensée, mais des outils de pensée ; non pas ce que nous pensons, mais ce à partir de quoi nous pensons. Ce sont les outils qui nous permettent à la fois de nous représenter le monde et d'agir sur lui de façon efficace* » (Pastré, 2002, p. 11). Ainsi, c'est bien dans une perspective de développement que s'envisage le schème et non dans une logique de stabilité qui conviendrait moins à notre souci de construire des compétences d'adaptation.

Les stratégies d'action des professionnels dépendent du niveau de conceptualisation dans l'action qui, lui-même, est relié au degré de maîtrise et d'appréhension du réel. Plus le niveau de conceptualisation est élevé, moins l'opérateur aura besoin d'information pour analyser la situation et agir efficacement. C'est ce qui distingue notamment le novice de l'expert, qui lui a acquis par l'expérience des savoirs issus de sa pratique et lui permettent d'établir des diagnostics situationnels rapides afin d'agir pour résoudre les problèmes. En quoi la SP peut-elle être mobilisée dans les stratégies des acteurs ? Comment est-elle intégrée dans le diagnostic des situations ? Peut-elle être problématisée pour favoriser l'apprentissage ? Cela peut-il relever de normes, de conceptions ou de valeurs professionnelles à questionner ?

Enfin, le schème est « *un concept praxique, un passeur entre la connaissance et l'action [...] un mixte indissociable de potentiel et d'actuel* » (Pastré, 2015, p. 89/p. 92). Dès lors, pour pragmatiser la SP, ne pourrait-on pas la considérer comme élément entrant dans les *caractéristiques des situations* et l'intégrer dans l'évaluation des situations ? Autrement dit,

savoir sélectionner dans les situations ce qui est pertinent en matière de SP pour agir avec pertinence.

Les caractéristiques des situations

Les *caractéristiques des situations*, ou *caractéristiques agissantes* (Léontiev, 1975, in (Mayen, 2012)), désignent « *tout ce qui affecte ou peut affecter, directement ou indirectement l'activité de celui qui agit avec elle et tout ce qui peut être affecté par l'action de celui-ci* », autrement-dit, « *ce qui fait situation pour celui qui agit* », ou encore *la part agissante de l'environnement qui fait situation* (Mayen, 2012, p.64). Se pose alors la question de ce qui compose l'environnement de travail dans les soins généraux. Quelles sont les caractéristiques qui pèsent sur les interactions entre le milieu des soins et les individus qui y travaillent où y sont soignés ? Considérant les milieux de soins comme des environnements dynamiques à 3 dimensions agissantes - microsociale, celle du soin au chevet du malade (triptyque soignant, patient, acte) – méso sociale, celle du service, de l'hôpital ou de la structure (règles, prescriptions et normes institutionnelles qui organisent le travail, collaborateurs...) – et macrosociale, celle du système de santé (politiques de santé, économie de la santé...) – c'est principalement à ce dernier niveau que peut s'appréhender la SP, en tant que caractéristique sociale de la situation.

Les caractéristiques des situations « *forment ce qui littéralement, est à apprendre, d'une part, ce qui peut engager et étayer de l'apprentissage, d'autre part* » (Mayen, 2012, p.65).

La première caractéristique d'une situation est sa fonction, sa finalité sociale et professionnelle, ce à quoi elle sert dans le champ social et professionnel pour la collectivité et celui qui y interagit. En effet, selon le rapport au travail, la finalité de la situation de travail ne se limite pas forcément à des fonctions professionnelles, « *elle est aussi un moyen d'obtenir une rémunération, de faire valoir ses compétences, d'exprimer ses capacités et ses ambitions, d'exercer son autorité ou de participer au bien commun* » (Mayen, 2012, p.65). Dans le cas de la SP, il s'agit du soin dans sa mesure résolument sociale, le soin à l'échelle collective et la profession dans ses missions sociales. Comment s'articulent la finalité sociale du soin et les finalités individuelles des IDE ? La SP est-elle partie prenante de ce qui engage les soignants dans leurs missions ? Qu'est-ce qui fait tension entre les objectifs des politiques de santé en tant que moyen et la finalité du paradigme infirmier ?

La deuxième propriété d'une situation correspond aux tâches à accomplir et aux buts poursuivis par les actions. Nous concernant, il s'agit des soins, mais à l'échelle microsociale cette fois. Fortement imbriqués à la prescription médicale les soins infirmiers dépendent aussi des conceptions et valeurs des soignants. La question qui se pose alors c'est « *soigner oui... mais*

comment » ? En considérant le patient comme partenaire de soin ? En promouvant son autonomie ? En l'informant ? En l'éduquant ? En l'écoutant, d'abord ? À condition d'en avoir le temps... Ou alors, soigner en économisant les ressources et arbitrer sans cesse entre les normes institutionnelles et ses propres valeurs ? Concernant les situations de SP, la finalité soin à l'échelle sociale et le but poursuivi par l'acte de soin sont-ils réellement différents ? En tension ?

Les tâches et les buts sont eux-mêmes couplés aux transformations attendues par l'activité de travail, ici, restaurer ou maintenir un état de santé, ce sont le plus souvent les objectifs du projet de soin mais comment y intégrer les dimensions collective et économique ?

La quatrième caractéristique des situations est liée à leurs conditions ou contextes : espaces, outils et matériaux, dynamiques et ambiances de travail, organisation, en particulier phénomènes temporels, en somme, « *ce avec quoi les professionnels ont à faire et ce avec quoi ils doivent apprendre à agir* » (Mayen, 2012, p.65). Comment les conditions de travail influencent-elles l'activité et l'activité de SP ? Comment agit le temps, où plutôt le manque de temps, sur les stratégies de soins ? La temporalité de la SP – agir ponctuellement en amont pour prévenir à et sur le long terme – est-elle compatible avec la temporalité des services hospitaliers ou les durées de séjour ne font que réduire – avec les temporalités des usagers ?

Ensuite, les situations sont régulées par un ensemble de règles explicites, à caractères réglementaires et implicites. Dans les milieux du soin, elles sont fortement présentes et influencent directement l'activité : droit des patients, code de déontologie professionnelle, bonnes pratiques de soin et au niveau institutionnel, on peut citer les règlements et procédures à usage interne. Pour ce qui est des situations de SP, elles sont encadrées par les politiques et lois de SP qui régulent le système de santé : on peut citer la T2A, souvent en tension avec le paradigme soignant ou l'obligation vaccinale qui a fait débat dans la communauté professionnelle il y a peu.

En cinquième lieu, les situations sont influencées par les systèmes d'instruments, notamment sémiotiques qui participent à la régulation et à la visibilité du travail : outils de transmissions et notamment transmissions ciblées, vocabulaire médical, outils de planification des soins ou supports d'information interprofessionnels... La SP, a fortiori l'ES, peuvent alors se manifester dès lors qu'il s'agit d'argumenter ces outils dans une perspective de qualité et d'efficacité.

Enfin, les situations sont impactées par *les autres personnes*, collaborateurs aux statuts, rôles, fonctions et missions différentes, bénéficiaires ou usagers aux attentes propres – l'ensemble définissant des relations sociales et des activités de coordination et de coopération. C'est ici que

se jouent, notamment, les conflits de pouvoir et que les IDE ont peut-être un rôle particulier à jouer, en matière de leadership interprofessionnel pour la SP.

Les classes de situation et leur structure conceptuelle

Pour Vergnaud, il y a deux types de connaissances, *les connaissances discursives* (théorie) et *les connaissances opératoires* (schèmes) et c'est sur ces connaissances opératoires que repose la construction des compétences et non sur la théorie. *Les concepts pragmatiques* (Pastré, 2011a) sont mobilisés par l'action et produits en son sein, ils existent dans la plupart des activités professionnelles, le plus souvent de manière implicite, et sont spécifiques des situations professionnelles. Ils permettent de faire un diagnostic précis des situations, afin de faire correspondre les actions aux besoins de la situation et donc d'être efficaces. En situation de soins par exemple, la relation entre la survenue d'un œdème chaud associé à des douleurs, éventuellement à des rougeurs au niveau d'un membre dans un contexte d'immobilisation ou d'alitement, est classiquement associé au diagnostic provisoire de thrombose veineuse, qui lui-même orientera un certain nombre de décisions et d'actions immédiates. La démarche de soin qui repose sur le raisonnement clinique s'appuie justement sur ces concepts pratiques et pour ce qui concerne les soins curatifs en lien avec la continuité des thérapeutiques médicales, étudiants comme professionnels parviennent facilement à les mobiliser, même si les schémas opératoires restent souvent implicites. En effet, les éléments caractéristiques de la situation qui ont permis de construire les concepts pragmatiques et donc les compétences, ne peuvent être identifiés que par une analyse fine de l'activité par le sujet lui-même.

« C'est cette analyse de l'activité qui amène, par rétroaction, à distinguer les éléments de la situation qui font sens pour le sujet. Il y a ainsi une analyse de la situation avant l'analyse de l'activité : elle consiste à mettre à plat les différents éléments qui caractérisent la situation. Et il y a une analyse de la situation après l'analyse de l'activité : c'est seulement celle-là qui permet d'identifier les organisateurs de l'action » (Pastré, 2002, p. 14).

Les situations de travail qui intègrent une relation entre humains impliquent de nombreux facteurs qui les rendent complexes et relèvent d'un haut niveau de conceptualisation (Pastré et al., 2006). Elles constituent des *environnements dynamiques* où la part de répétitivité est réduite par rapport à la part d'adaptation et où le diagnostic de situation est un préalable à l'action. Dans les systèmes dynamiques, comme celui des soins, ces concepts sont multiples, ils forment *un réseau : une structure conceptuelle de la situation* » (Pastré, 2002), i.e. *« l'ensemble des concepts pragmatiques ou pragmatisés qui servent à orienter l'action »* (Pastré, 2011a, p. 4). Autrement dit, toute situation est structurée par un réseau de savoirs, aussi bien théoriques que pratiques, antérieurs ou produits dans l'activité mais dont la mise en relation en situation

constitue en elle-même un savoir pragmatique : tels objets, en telles circonstances amènent telles conséquences (diagnostic situationnel), c'est-à-dire l'affirmation d'une relation assez stable et fonctionnelle entre plusieurs objets ou sujets en situation. Par ailleurs, dans les systèmes dynamiques, les concepts pragmatiques ne suffisent pas à analyser les situations, ils doivent être couplés à des concepts scientifiques et techniques qui sont alors *pragmatisés* : la théorie en action.

Les activités servicielles, et à fortiori les soins en SP, sont des systèmes dynamiques spécifiques où il s'agit toujours d'identifier les concepts pragmatiques et pragmatisés pour établir des diagnostics de situation, mais la notion de structure conceptuelle des situations associe alors deux autres composantes aux concepts organisateurs : *les indicateurs* et *les classes de situations*. Les indicateurs permettent d'observer la valeur prise par un concept organisateur dans une situation donnée ; on a alors un *couple variables-indicateurs* permettant de s'orienter en fonction *de la situation singulière*. Chacune des valeurs prises par les variables qui représentent les concepts organisateurs correspondent à des classes de situations ; « *parmi toutes les variables qui sont en jeu dans le système, il faut identifier quelles sont celles qui sont cruciales pour la conduite, à la fois celles qu'il faut regarder et celles qu'il faut avoir en tête* » (Pastré, 2011a, p. 4). En effet, à côté des variables, on retrouve aussi des traits génériques : « *toute situation comporte un certain nombre de traits génériques qui l'assimilent aux autres situations de la même classe, permettent la reconnaissance de la classe de situations et donc, l'orientation et l'organisation de l'action dans la situation* » (Mayen et al., 2010 [12]).

Dans les soins, l'urgence, la violence ou la souffrance intense, sont des classes de situation à valeur prioritaire qui déterminent fortement l'action. Les indicateurs peuvent être la mise en jeu du pronostic vital, la sévérité des symptômes (une hyperthermie > 40°C, une dyspnée majeure, une évaluation de la douleur > 8/10, des automutilations et des idées noires...) ou encore des variables telles que les antécédents, les traitements et comorbidités (immunodéficience, maladie mentale/dépression, traitement anticoagulant, obésité...). Dans les soins généraux et pour un certain nombre de raisons que nous tenterons de comprendre, la SP relève rarement de ces classes prioritaires. Se peut-il que les valeurs incarnées par la SP ne soient pas prévalentes dans l'agir infirmier ?

Les modèles opératifs et le genre professionnel

La structure conceptuelle d'une situation n'est pas uniformément appropriée par les professionnels et pas toujours complètement, les différentes manières dont elle est assimilée et

mobilisée par les opérateurs dans les situations singulières représentent autant de *modèles opératifs*. Les modèles opératifs dépendent souvent premièrement du niveau d'expertise : les novices ont généralement un modèle opératif incomplet ou partiellement exact qui se perfectionnera avec l'expérience (Pastré, 2011a). Nous avons vu par exemple que pour les IEN (infirmiers scolaires), le modèle biomédical des soins était plus fréquent en début de carrière, tandis que le modèle plus global était dominant chez ceux qui étaient plus expérimentés.

La compréhension de la structure conceptuelle de la situation n'est donc pas seulement liée aux situations professionnelles, mais aussi à la singularité de l'acteur, à ses expériences passées et à la manière dont il les a vécues, à son histoire de vie, bref à sa *signature qui donnera une coloration spécifique à sa manière de procéder...* (Pastré, 2011a, p. 5)

« Aucun acteur ne se confronte à une situation sans qu'il ait, pour le moins, quelques idées préconçues, même quand la situation est pour lui nouvelle et inconnue. Face à une situation tout le monde puise dans son expérience et mobilise un modèle opératif provisoire : on s'attend à telle ou telle réaction et on est capable de faire des inférences, vraies ou fausses, pour préciser ces attentes et engager une ou plusieurs actions sur la situation » (Pastré, 2011b, p. 20).

Enfin le *genre professionnel* exerce une influence sur le modèle opératif. Clot le définit comme

« des manières de faire qui sont propres à un groupe professionnel, qui ainsi se distingue d'autres groupes professionnels pratiquant le même métier », c'est-à-dire « les « obligations » auxquelles parviennent, sans chercher à le faire mais sans pourtant pouvoir éviter de le faire, ceux qui travaillent pour arriver à travailler, souvent malgré tout, parfois malgré l'organisation prescrite du travail. C'est une sorte d'intercalaire social, un corps d'évaluations partagées qui règlent l'activité personnelle de façon tacite » (Clot et al., 2000, [4]).

Lors de notre exploration, nous avons pu identifier un certain nombre de caractéristiques professionnelles qui relèvent de la profession infirmière et qui permettent de délimiter un genre spécifique sous l'influence d'une double filiation patriarcale médicale et matriarcale religieuse, décliné en 3 modèles : l'infirmière technicienne, l'infirmière relationnelle et l'infirmière cornette. *« Aussi pour identifier l'ensemble d'un modèle opératif, il ne suffit pas d'extraire les concepts pragmatiques ou pragmatisés : il faut aussi extraire les « jugements pragmatiques », exprimés par l'action ou par la parole, qui permettent de relever le genre professionnel et la place de l'expérience personnelle »* (Pastré, 2011a, p. 5). Dans cette perspective, analyser le travail comporte deux étapes successives, l'analyse de la structure conceptuelle des situations d'abord, et celle des modèles opératoires, incluant les jugements pragmatiques, ensuite.

Une des caractéristiques de la didactique professionnelle est qu'il faut donc passer par une analyse de la situation, d'abord, pour avoir accès à la compréhension de l'activité, mais c'est bien l'analyse de cette activité qui permet d'identifier, ensuite, par les éléments caractéristiques des situations retenus par le sujet, qui ont permis d'élaborer les concepts pragmatiques. *« D'où cette curieuse tournure que prend la démarche d'analyse, faite de tours et de retours, hésitante*

en apparence, mais qui construit son intelligence de la situation à partir d'une intégration progressive d'éléments qui ne sont donnés que dans une histoire » (Pastré, 2002, p. 16).

Dans une perspective de SP, les situations font appel à des concepts très variés impliquant une analyse pluridisciplinaire et les objectifs des actions portent sur des dimensions qui dépassent largement la tâche ou l'objet direct du soin. Lorsqu'un infirmier réalise, par exemple, un pansement de plaie post-opératoire, la tâche, son objectif premier concerne l'évaluation clinique de la plaie, le respect des règles d'hygiène et d'asepsie, l'imperméabilité et l'intégrité du dispositif de recouvrement... Mais dans une posture de care, il se souciera aussi du confort de son patient durant le soin, prendra en compte sa douleur, ses questions, ses craintes, celles de son entourage... dans un souci économique et donc éthique, il lui donnera des conseils adaptés pour prévenir les complications, récidives... Il s'adaptera au niveau de compréhension du patient, prendra en compte son mode de vie, ses valeurs, ses représentations... pour ajuster ses conseils en fonction de l'évaluation qu'il fait de la situation et des nombreux facteurs qui l'influencent. Même si les résultats de l'action sont souvent indirects, reportés dans le temps et donc non accessibles à l'évaluation, elle a été guidée par une réflexion poursuivie de finalités qu'il s'agirait alors de mettre en mots pour en dégager des principes et des concepts organisateurs (patient très anxieux : apaiser d'abord, revenir pour informer ensuite ; patient souffrant de pertes de mémoire : contacter le conjoint ou l'aidant pour donner les conseils en sa présence ...).

De même, s'il est pressé par le temps et que ses collègues attendent de lui qu'il fasse au plus vite pour entreprendre une autre tâche, une partie de ses objectifs pourraient ne pas être atteints et il se sera alors peut-être, contenté de remettre une feuille de conseils post-opératoires qu'il n'aura pas commentée, afin de gagner du temps. Mais d'un autre côté, il aura privilégié une économie du geste soignant pour répondre à l'urgence d'une situation plus globale en rapport avec son environnement de travail et le contexte singulier auquel il a affaire à ce moment précis de sa journée de travail : la surcharge de ses collègues. Cela montrera alors qu'il a raisonné, opéré un choix dans ces priorités, en regard de la situation de soin et de la situation de travail, de ses représentations et de ses valeurs. D'un point de vue théorique, cet exemple fait référence à la distinction faite par *Clot* entre le réel et le réalisé. Il distingue 2 dimensions dans l'activité : *le réel* qui inclut ce qu'on aurait voulu faire, ce qu'on croit qu'il aurait fallu faire, ce qu'on n'arrive pas à faire, ce qu'on pense faire ou ce qu'on n'a pas forcément conscience de faire... et *le réalisé* qui s'observe en actes, le résultat... « *Le réel est l'action de réalisation jamais*

totalemment prévisible, qui met le sujet aux prises avec les réalités objectives du monde des choses et des hommes » (Mouchet, 2016, p. 19).

Les activités de raisonnement, invisibles, souvent inconscientes, ne peuvent pas être identifiées si elles ne sont pas explicitées lors d'un retour réflexif sur l'expérience.

« Dans ce cadre, l'expérience vécue en situation constitue une opportunité de réalisation du processus d'élaboration pragmatique, processus par lequel un concept acquiert du sens pour un sujet à travers les situations dans lesquelles il est engagé. Elle constitue aussi une opportunité pour construire une conceptualisation pratique, « par la voie de l'expérience », à partir de cette forme d'apprentissage qu'est l'apprentissage sur le tas » (Pastré et al., 2006, [150]).

C'est justement ces opérations cognitives qui intéressent la didactique professionnelle et qu'elle se propose de mettre en évidence au service de la formation et du développement des compétences professionnelles. Peut-on identifier des classes de situations apprenantes pour la SP et les concepts pragmatiques et pragmatifiables qui forment leurs structures conceptuelles ?

Les situations potentielles de développement

Dans une perspective de formation professionnelle, les situations sont aussi source de développement puisqu'elles sont apprenantes, le sujet se transforme dans le même mouvement qu'il fait évoluer les situations de par ses actions où l'expérience actuelle croise l'histoire du sujet et lui permet de construire un pouvoir d'agir dans le futur.

« Le concept de situation potentielle de développement ou celui de potentiel de développement d'une situation (Gagneur, 2009 ; Mayen & Gagneur, 2010) désigne ce par quoi les caractéristiques d'une situation donnée peuvent engendrer (ou pas) des processus d'apprentissage et de développement, lorsqu'elles entrent dans le champ de l'activité d'un professionnel ou futur professionnel » (Mayen & Olry, 2012, p. 93).

Dès lors, la formation se conçoit à la fois comme un dispositif organisé, parfois organisant l'activité et comme *un processus de transformation des personnes*, «*Dans cette perspective, l'analyse de l'activité des personnes qui y vivent et y travaillent n'est pas secondaire ni seconde, mais, dans une intention de formation, il apparaît très utile d'identifier l'activité qu'exerce la situation sur les personnes et l'activité que les personnes exercent sur la situation et comment les deux formes d'activités se rencontrent, s'agencent et s'ajustent ou non » (Mayen, 2012, p. 60).*

Pour Dewey (1967), « *une situation est un environnement expérimenté. De l'environnement, elle possède toutes les caractéristiques, plus celle d'être expérimentée* », elle se pense avant tout dans l'interaction d'une personne avec son environnement : avec quoi, ce par quoi et pourquoi elle a fait ou fait une expérience (Mayen, 2012).

Retenons provisoirement donc que toute situation est à la fois *singulière*, mais comporte une part de généralisation potentielle, *événementielle*, en ce sens qu'elle comporte une dimension temporelle, *expérientielle*, elle dépend du sens que lui a attribué le sujet, et enfin *apprentissage et développement*, « *autrement dit, la situation (la part de réel à laquelle un sujet est confronté) entraîne une transformation du sujet, ce qu'on peut traduire par une « construction », un développement de son expérience et de sa compétence* » (Pastré, 2011b, p. 12). Dès lors, la situation professionnelle peut se définir à la fois comme une origine, un moyen et une fin (Mayen, 2012).

Les situations de travail qui impliquent des interventions sur l'humain, les métiers du soin, de l'action sociale ou de l'enseignement par exemple... sont en outre souvent couplées à l'obligation de respecter un cadre réglementaire rigide et de devoir se positionner eu égard à des attentes qui peuvent être contradictoires : être rapide mais efficace, être autonome et collaborer, mais ne pas être dans l'ingérence ou le glissement de fonction, être inventif mais respecter les procédures, travailler moins, mais produire plus... Dans cette perspective, les concepts pragmatiques et pragmatisés qui constituent les structures conceptuelles des situations permettent une grande économie de pensée, « *au lieu de mémoriser des recettes adaptées à chacun des cas possibles, les opérateurs peuvent ainsi avoir une représentation pertinente et économique, qui permet d'aller tout droit à l'essentiel, sans se perdre dans les détails* » (Pastré, 2015, p. 176). Dès lors, analyser les écarts entre ce qui est attendu des autres, l'institution, les usagers, la société... le réel, et ce qui est réellement fait, le réalisé, constitue un terrain d'apprentissage propice à la construction de l'identité professionnelle et peut-être une base pour promouvoir l'esprit SP dans les pratiques de soins. En effet, l'analyse de la formation pour le travail, c'est aussi chercher à répondre à la question : « *qu'est-ce qu'une formation entraîne sur l'activité de ceux qui y participent : sur la nature de leur rapport à leur travail, sur leurs manières de penser et d'agir en situation de travail, sur leur aisance, leur plaisir ou leurs difficultés ?* » (Mayen, 2012, p. 63).

En pratique, l'entrée par les situations en formation, nécessite donc d'identifier des classes de situations que l'individu sera capable de rencontrer, il s'agira *d'instrumenter la compréhension des situations à partir de l'expérience des situations*. Pour cela, on peut démarrer par une analyse des référentiels mais ils ne disent rien de la manière dont l'activité est réellement mise en œuvre de manière efficace, « *pour accéder à ces éléments, la porte d'entrée se trouve dans l'activité du sujet en situation : il faut recueillir et analyser des traces de cette activité pour plusieurs professionnels agissant dans une même classe de situation* » (Mayen et al., 2010 [17]). Ainsi, dans un dispositif de formation qui prend les situations comme porte d'entrée, les

apprenants doivent pouvoir faire l'expérience des situations génériques et de leurs variations en stage. Les situations peuvent alors devenir le fil conducteur de l'articulation entre les apprentissages théoriques et cliniques et même une base pour les méthodes et outils d'évaluation. En effet, la pédagogie des situations ne se limite pas à une transmission de savoirs mais implique la construction de ces savoirs par l'apprenant lui-même en étant confronté aux situations et aux problèmes qu'elles posent. Dans cette perspective, la situation potentielle de développement doit être d'un niveau de complexité minimum afin de permettre à un apprenant d'être confronté à un problème et de le résoudre pour ensuite analyser comment il a procédé. Une deuxième propriété d'une situation apprenante est qu'elle doit être proche de la structure conceptuelle de la situation de référence, c'est-à-dire de sa réalité.

Dans une visée pédagogique, il s'agit donc de concevoir des dispositifs d'apprentissage articulant des activités simulées et une analyse des activités réelles pour que la conceptualisation soit la plus fidèle possible à la situation de référence, ce qui implique nécessairement une description fine du travail au préalable (Pastré, 2011b). Dès lors, quelles sont les classes de situations apprenantes dans le domaine de la SP ? Quelles sont les caractéristiques de ces situations ? Quels savoirs, à fortiori quels concepts pragmatiques peuvent être identifiés à partir de l'analyse de ces situations, et quelle valeur est attribuée aux variables préventives, éthiques ou économiques dans la compréhension des situations de SP ? Comment l'expérience et le genre professionnel infirmier influencent-ils les pratiques de SP ? *En effet, dans une perspective de didactique professionnelle, il s'agit de repérer les situations et les connaissances et capacités en jeu pour les maîtriser dans le but « d'identifier les potentiels de chaque classe d'emploi ou de situations et, sur un plan individuel, de chaque lieu dans lequel une personne peut être amenée à vivre une expérience de l'activité en situation et l'expérimenter »* (Mayen, 2007, p.98).

5.2 Une entrée par l'activité pour comprendre l'agir professionnel et l'économie du geste soignant : l'apport de la démarche ergologique

L'ergologie, ou démarche ergologique est l'étude de l'activité humaine, plus particulièrement de l'activité au travail. Elle est née dans les années 1980, suite à la rencontre originale de deux disciplines, l'ergonomie et la philosophie, dans un contexte de transformation du monde du travail et de l'emploi et de la remise en question de la division scientifique du travail.

Cette double filiation synthétise assez bien l'approche ergologique : d'une part elle considère que l'activité humaine ne peut pas être anticipée et standardisée (courant ergonomique) et

d'autre part que cette prédétermination serait incompatible avec une vie en santé (courant philosophique). « *Ce qui est impossible se révèle aussi être invivable* » (Schwartz, 2007, p.130), parce que « *aucun être humain ne pourrait agir sans s'impliquer, sans exprimer un point de vue, sans poser des actes venant de lui en tant que centre d'interprétation, d'évaluation...* » (Durrive, 2013, p.133). En référence à la maïeutique socratique, elle considère le travail comme un accoucheur d'histoire (Schwartz, 2000) et analyse l'activité d'un point de vue anthropologique ; elle vise autant la production de connaissances que la transformation des situations de travail ou *industrielles*. Elle « *forme le projet de mieux connaître les situations de travail et surtout de mieux intervenir sur celles-ci pour les transformer* » (Schwartz & Durrive, 2003, p.7). Elle considère que le travail n'est jamais pure exécution : les sujets y font usage d'eux même et s'impliquent toujours personnellement, au moins en partie. « *Le "travail" est à la fois une évidence vivante et une notion qui échappe à toute définition simple et univoque. C'est sans doute dans ce « et » qui unit « le travail » et « les hommes » que gît probablement la source de ce caractère énigmatique, générateur de paradoxes : qu'est-ce qui s'engage — des hommes — dans le travail ?* » (Schwartz, 2004, p.47). En effet, pour Schwartz, le travail peut, en premier lieu, être considéré comme un *temps de vie vendu*, qui implique l'engagement d'une part de soi dans les activités de travail mais ne se réduit pas à une activité marchande, il opère aussi des transformations de soi et des autres dans des spectres bien plus larges que celui du seul temps passé au travail et régulé par un contrat. François Daniellou dit :

« *Dans leur activité, les hommes ou les femmes au travail tissent. Côté trame, les fils les relient à un processus technique, à des propriétés de la matière, des outils ou des clients, à des politiques économiques — élaborées éventuellement sur un autre continent —, à des règles formelles, au contrôle d'autres personnes... Côté chaîne, les voici reliés à leur propre histoire, à leur corps qui apprend et qui vieillit ; à une multitude d'expériences de travail et de vie ; à plusieurs groupes sociaux qui leur ont offert des savoirs, des valeurs, des règles avec lesquels ils composent jour après jour ; à des proches aussi, sources d'énergie et de soucis ; à des projets, des désirs, des angoisses, des rêves* » (Schwartz, 2004, p.64).

De même, Schwartz considère que le travail ne peut être totalement simplifié par des schémas régulateurs prédéterminés/déterminants, y compris dans ses formes les plus prescriptives, comme le travail à la chaîne. L'activité industrielle « *n'est jamais simple, jamais pur suivi de normes, de procédures pensées avant et sans la personne qui va travailler, parce que c'est tout simplement impossible et en même temps invivable* » (Schwartz, 2004, p.65). Toujours selon Schwartz, « *tout sujet, tout groupe humain au travail est un centre de vie, un essai d'appropriation du milieu, et sa vie au travail n'est pas un enclos séparé de son ambition de vie globale* » (Schwartz, 2004, p.61). L'ergologie cherche à comprendre les situations de travail,

mais tout comme la didactique professionnelle, elle s'intéresse aussi de près aux savoirs construits, investis et transmis lors de ces activités.

Ses méthodes d'analyse impliquent en premier lieu les sujets qui vivent l'expérience du travail et le regard qu'ils portent sur leur propre activité, et consistent à mettre les différents *points de vue* en discussion. En effet, « *On ne peut pas juger en valeur des transformations du travail sans s'inquiéter du point de vue de celui qui travaille* » (Schwartz & Durive, 2003, p.12).

Il s'agit alors d'identifier les conceptions, choix, valeurs... qui font *normes* et sont en débat en situation de travail. « *L'ergologie est l'apprentissage permanent des débats de normes et de valeurs qui renouvellent indéfiniment l'activité : c'est « l'inconfort intellectuel »* » (Schwartz & Durive, 2003, p.13).

Débats de normes, valeurs et renormalisation

La démarche ergologique possède un ancrage philosophique inspiré de la pensée de Canguilhem, et considérant que les milieux de travail sont des milieux hétérogènes où un ensemble de normes sont placées en tension, elle privilégie alors l'entrée par les normes pour comprendre l'activité industrielle. « *Une norme, une règle, c'est ce qui sert à faire droit, à dresser, à redresser. Normer, normaliser, c'est imposer une exigence à son existence* » (Canguilhem, 2013, p.177). L'ergologie est donc « *un examen, au point de vue normatif, d'une situation de travail quelconque* » (Roth, 2018, p.9). Pour Canguilhem, si la norme comporte bien une part de contrainte, elle ne s'y réduit pas, elle comporte aussi une fonction correctrice cherchant à normaliser la rencontre en tension, de normes existantes dans un milieu et des valeurs personnelles d'un sujet qui y interagit. « *Une activité de travail est toujours le lieu, plus ou moins infinitésimalement, de réappréciation, de jugements sur les procédures, les cadres, les objets du travail, et, par-là, ne cesse de nouer un va-et-vient entre le micro du travail et le macro de la vie sociale cristallisé, incorporé dans ces normes* » (Schwartz, 2004, p. 65).

Normaliser c'est donc éprouver une insatisfaction et la corriger en adaptant son agir de sorte de réduire l'écart entre *ce qui est* et ce qui, selon nous, *devrait être*, c'est *conformer un fait à une valeur*. Dès lors, la norme est « *un principe de rectification d'une existence que l'expérience révèle insatisfaisante au regard d'une exigence* » (Roth, 2018, p. 9-10).

Parce que *le milieu est toujours infidèle* (Canguilhem, 1966), et dans le prolongement de l'ergonomie qui s'intéresse à l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, l'ergologie considère qu'il n'y a pas d'activité et de travail humain sans une part de renormalisation des prescriptions par le sujet. Renormaliser, « *c'est faire ce qu'il ne faudrait pas faire pour pouvoir faire ce qui est à faire* » (Roth, 2018, p. 11). Travailler c'est donc arbitrer entre ce que les autres

exigent de soi et ce que soi, en tant que personne, on exige de soi-même. « À partir de là, on peut sans doute caractériser toute activité humaine (c'est là une prise de position « ergologique ») comme un noeud de débats entre des « normes antécédentes » et des essais de renormalisation dans le rapport au milieu » (Schwartz, 2004, p. 66).

Les débats de normes représentent l'activité de coordination normative qui permet de vivre son travail en harmonie avec soi-même et donc d'être en santé dans son travail, de s'épanouir, de trouver du sens, de se retrouver dans son agir. Cette dynamique normative, en débat avec le milieu, constitue l'activité humaine et, dès lors, le corps humain, considéré dans ses aspects biologiques et cognitifs, *le corps-soi* en est le lieu support, il appartient au domaine des interactions. « *Le corps soi en tant que matrice de l'activité rend possible la dimension spécifiquement humaine du vivre qu'on ne retrouve pas dans l'intériorité corporelle mais dans la réalisation relationnelle de notre corporalité* (Schwartz & Echternacht, 2009, p. 33). Dans cette perspective, l'*usage de soi* au travail est nécessairement le résultat de débats entre l'usage de soi par soi et l'usage de soi par les autres et implique des ré arbitrages permanents entre ses propres normes et les normes antécédentes, sans cesse renormalisées pour aboutir à des choix observables dans l'activité. Dès lors, « *tout acte de travail est arbitré par un soi : corps (partie du vivant) ; être social (en débat avec le milieu) ; être psychique (singularisé par son histoire privée)* » (Schwartz & Durrive, 2003, p. 196). Ces choix sont toujours sous-tendus par des valeurs, même occultées, qui assurent la médiation entre le corps soi et le milieu, et la manière dont chaque personne va incarner cet univers de valeurs en situation concrète est une épreuve de soi-même, d'où l'emploi de l'expression *dramatiques d'usages de soi* en ergologie (Schwartz & Echternacht, 2009). « *L'arbitrage entre l'usage de soi par soi et l'usage de soi par les autres convoque un corps investi dans les interstices de la production, confronté aux potentialités et aux limites de sa physiologie, prolongé au-delà de ses frontières ectodermiques dans ses échanges matériels avec le milieu. De cette convocation résultent des savoirs et de la sueur* » (Schwartz & Echternacht, 2009, p. 36).

Les lieux de soins sont des milieux où les processus de normalisation sont nombreux et constants, tant la diversité des acteurs et de leurs rôles ou des représentations qu'ils en ont, est grande et implique de normes en tension. En effet, la pluralité des exigences des différents acteurs institutionnels, professionnels, usagers... n'est pas forcément unidirectionnelle et les valeurs personnelles peuvent entrer en conflit avec celles des autres pôles, invitant nécessairement à faire des arbitrages et à agir de manière acceptable pour soi-même et vivre son activité en santé. « *L'engagement des soignants se traduit par un fort « usage de soi par soi » et « de soi par les autres ».* Ce concept est au centre de l'activité de travail d'un opérateur

humain dans un établissement de santé ou dans des situations d'urgence, les aspects de régulation, de fiabilité doivent être au maximum pour permettre à l'autre de continuer à vivre ou à être accompagné en fin de vie » (Matheron & Michel, 1998, p. 271). Quelles sont les valeurs et les normes en tension en ce qui concerne les pratiques de SP ? Comment s'opèrent les arbitrages qui déterminent les activités des infirmiers de soins généraux au quotidien, comment se hiérarchisent-elles, et qu'est ce qui ne fait pas norme dans la SP ? « *Une situation de travail contient des enjeux de société. Inversement, par la façon dont il travaille, chacun prend position dans ces débats de société et les recompose à son échelle* » (Schwartz & Durrive, 2003, p.14). À quel degré les infirmiers de soins généraux se sentent-ils acteurs de SP et plus généralement du système de santé ? Qu'engagent-ils d'eux-mêmes et de leur citoyenneté au travail et en général ? En effet, « *mon travail comme "usage" est traversé par les autres. Réciproquement, la façon dont je travaille dit quelque chose de la société dans laquelle je veux vivre* » (Schwartz & Durrive, 2003, p. 188).

Savoirs en adhérence / désadhérence

Toujours dans le prolongement de la pensée ergologique, tout travail comporte *une part d'invisible et de pénombre* (Schwartz, 2004), « *le débat de normes est lui-même invisible, alors qu'il est déterminant dans le processus qui conduit au « bien faire* » (Durrive, 2018, p.20), il est impossible d'y accéder autrement que par un procédé réflexif. Dès lors, seule la personne qui travaille et qui est auteure de ses propres normes, peut avoir accès à leur compréhension et définir personnellement ce qu'elle considère comme la normalité de son travail, c'est pourquoi l'ergologie s'intéresse prioritairement au point de vue de la personne en situation de travail.

La personne qui agit est la seule détentrice des *savoirs en adhérence aux situations*, ceux issus de l'expérience vécue et qui fondent l'agir professionnel. *L'adhérence* correspond à l'expérience de la confrontation à la réalité de la vie et de ses contraintes, elle traduit l'expérience ancrée dans l'ici et maintenant, par opposition à la *désadhérence* qui est détachée du présent à vivre (Durrive, 2018). Plus généralement, « *la vie proprement humaine peut se définir comme une sorte de dramatique permanente de négociation entre la contrainte du « faire », dans l'adhérence de l'ici et du maintenant, et un monde de normes, provisoirement stabilisées, antécédentes et anonymes, profondément ambiguës, valant en désadhérence par rapport à ce moment de l'agir* » (Schwartz & Durrive, 2009, p.4). C'est justement cet ancrage qui fait défaut actuellement dans la formation à la SP des infirmiers, davantage adossée à des savoirs en désadhérence, détachés des réalités professionnelles et qui engendrent des résistances (protocoles, procédures, discours scientifiques, organisation standardisée, règlements et lois...).

Pourtant, vivre, à fortiori travailler, c'est « *indéfiniment faire un aller-retour entre l'adhérence et la désadhérence* », et donc comprendre le travail, c'est à la fois *regarder de loin et de près*, repérer les régularités mais aussi les singularités et leurs interactions, interroger l'écart entre ce qui est prescrit et ce qui est *re-travaillé* par l'activité humaine dans le réel (Durrive, 2018, p.15). Dès lors, la compétence est la combinaison gagnante de savoirs en désadhérence, qui permettent un certain niveau d'anticipation (les savoirs théoriques, techniques, procéduraux...) et de savoirs en adhérence, acquis par la confrontation au réel des situations de travail. Elle se manifeste par des activités d'inférences permettant de s'ajuster à l'inédit du réel et le couple adhérence/désadhérence fonctionne alors sous la forme d'une altérité permettant la construction des compétences qui sont avant tout, un *savoir agir ici et maintenant*.

Ainsi, l'agir en compétence peut se caractériser par l'articulation de six ingrédients en situation de travail (Schwartz, 2018) : la relative maîtrise des protocoles – la capacité à s'approprier l'histoire et l'inédit de la situation – la capacité à articuler le versant protocolaire et le versant singulier – la capacité à conceptualiser, à mettre en patrimoine les débats de normes et de valeurs – la capacité à s'approprier le milieu comme valeur personnelle et à s'engager – enfin, la capacité à mettre ses compétences au service d'un collectif synergique.

Chacun articule ces ingrédients à sa manière, en fonction de son histoire singulière, de son identité propre et partagée, « *toutes les richesses du corps, de l'intelligence, de la culture qui, en quelque sorte, nourrissent et alimentent ces ingrédients sont à faire communiquer dans tout instant de travail et c'est là, qu'on se dit que finalement, l'activité humaine est prodigieuse* » (Schwartz & Durrive, 2003, p. 216-217). En effet, le retravail permanent des normes antécédentes est producteur de normes continuellement renouvelées qui elles-mêmes contiennent des savoirs d'action et d'ajustement qu'il s'agit de mettre en mots pour accéder à la compétence et la faire reconnaître : « *En tant qu'il est une activité dans l'activité, le dire structure le faire dans l'espace et le temps, et c'est par le langage que la personne se construit comme sujet de sa propre action* » (Noël, in Schwartz & Durrive, 2003, p.174).

Dans le domaine de la formation, la démarche ergologique implique donc la participation réflexive de l'apprenant : « *le langage peut devenir un instrument de retour sur l'activité : une activité sur l'activité. Exercice exigeant mais fructueux pour le développement personnel et professionnel* » (Faïta, in Schwartz & Durrive, 2003, p.176). Mais elle implique aussi une posture spécifique de la part du formateur, qui traduit un nouveau rapport aux savoirs. Dans cette posture, il s'instruit lui-même et enrichit ses méthodes, « *il est animé d'un inconfort intellectuel permanent et cette posture l'incite à interroger le rapport au savoir de chacun des protagonistes de la situation d'apprentissage* » (Schwartz & Durrive, 2009, p.101).

Pourtant, dans la mesure où la formation se veut préparer à la rencontre de situations de travail, elle cherche bien à transmettre des savoirs plus ou moins stables qui permettent de *gommer l'incertitude* et *d'atténuer la dimension aventureuse* de l'expérience, pour permettre une *première anticipation* de ces situations (Schwartz, 2013). Il s'agit là du premier ingrédient de la compétence mais il n'est pas suffisant pour la construire et la mettre en acte dans les situations de travail et d'apprentissage où subsiste toujours une part d'inattendu, de surprise. La formation doit donc pouvoir ensuite, articuler ces savoirs s'exprimant en séquences réglées et décontextualisés, en désadhérence, avec l'inédit des situations singulières, en adhérence.

En effet, la première anticipation ne permet pas d'avoir accès aux dramatiques d'usage de soi, aux débats de normes et de valeurs qui se jouent dans l'inédit des situations et sous-tendent l'agir. « *Le prescrit, alimenté par la formation notamment, est à la fois précieux pour orienter le geste et se préparer à la contrainte qui va surgir, et en même temps insuffisant car le quotidien au travail échappe pour partie à ce que le cadre normatif a fixé* » (Durrive, 2020, p.85). Dès lors, *une seconde anticipation* (Schwartz, 2013) paraît nécessaire pour reconvoquer le *patrimoine historique* et constituer un nouveau patrimoine jamais abouti, toujours en développement. Cette seconde anticipation mixe recombinaisons inédites des savoirs de la première anticipation et savoirs en adhérence au présent, « *elle agence cette recombinaison orientée par une infiltration obscure d'un monde de valeurs* » (Schwartz, 2013). C'est au cœur de cette seconde anticipation que se dessine *le triangle de l'activité*, une dialectique entre trois pôles : celui de l'agir industriel, l'activité de travail ici et maintenant, celui des valeurs, qui infiltre les choix de cette activité et enfin celui des savoirs constituant le premier ingrédient de la compétence recombinaisonnés ou non avec ceux construits dans l'activité (Schwartz, 2013).

Les Dispositifs Dynamiques à 3 Pôles (DD3P), sont des régimes coopératifs de production de savoirs en formation où la manière d'intervenir et de se les approprier intègre la notion de double anticipation et cette dialectique entre les savoirs disciplinaires disponibles (pôle 1) et les savoirs recréés dans l'activité (pôle 2). Au sein d'un DD3P, le formateur comme les apprenants reconnaissent et acceptent d'apprendre des savoirs expérientiels des autres. Ils adoptent une approche relativement humble à l'égard des savoirs en adhérence et prennent de la hauteur vis-à-vis des savoirs stables qu'ils maîtrisent. Les savoirs produits dans l'action et formalisés par l'explicitation de l'expérience, ceux investis en situation y constituent des forces d'appel (car ils ont besoin des concepts disciplinaires pour transformer leur monde) et de rappel (car ils ont une manière de les tester en références aux situations) (Schwartz & Durrive, 2003).

Cette dialogique nécessite donc un 3^e pôle, indispensable, le pôle ergologique, qui regarde la personne en activité comme en un lieu de débats et de re singularisations et donc en

développement potentiel permanent. « *Dans sa plus grande généralité, l'activité est une matrice permanente d'appel à savoir et simultanément d'inconfort intellectuel [...] une dimension profondément socratique de ce dont elle est paradigme, le sentiment d'insuffisance de son propre savoir* » (Schwartz, 2000, p. 61).

Quels savoirs en adhérence peuvent être identifiés à partir de l'analyse de l'activité infirmière dans de tels dispositifs et par extension, quels pourraient être leurs intérêts pour construire des compétences en SP ? Autrement dit, peuvent-ils « *aider le point de vue de l'activité de travail à se constituer pour dialoguer avec les autres points de vue* » (Duraffourg, in Schwartz & Durrive, 2003, p.7), notamment celui du niveau macro des normes institutionnelles et des politiques de santé ? Car en effet, « *l'approche ergologique qui maintient en tension le général et le spécifique, montre que les questions relatives au travail et à l'emploi ne sont pas limitées au champ du marché, de la gestion des affaires économiques : ces questions traversent aussi le champ du politique, autrement dit des affaires de la cité et des préoccupations citoyennes* » (Schwartz & Durrive, 2003, p. 291). In fine, la démarche ergologique peut-elle être un élément de réponse à la question « comment se faire acteur et dans un même mouvement, bénéficiaire en santé d'un système de santé en santé ? ».

5.3 Une démarche hybridée pour enquêter sur l'activité infirmière et les situations de santé publique

En didactique professionnelle comme en ergologie, « *l'activité humaine est un gisement de connaissances* » (Durrive, 2010, [51]), elles ont en commun de s'intéresser à la fois au travail prescrit et normé, aux règles d'action et d'organisation extrinsèques et à l'activité du sujet qui en fait l'expérience, le travail réel. Dans les deux démarches, la situation est à la fois un point de départ et une destination dans les processus d'apprentissage, et les savoirs mobilisés sont autant pris en compte que la manière dont ils sont construits : elles s'attachent à comprendre le singulier dans une perspective de généralisation ou de théorisation à portée singulière. En effet, si en DP, la situation vécue est un mix d'invariance et d'adaptation, en ergologie, « *toute activité de travail est toujours, à quelque degré, d'une part descriptible comme suivi d'un protocole expérimental, d'autre part expérience ou rencontre* », (Schwartz, 2000, p.485). La situation est alors à entrevoir à la fois comme une *tâche à accomplir* (travail prescrit) et comme *un moment de vie* (travail réel). En ergologie, « *Vivre, « c'est organiser le milieu en fonction de soi comme centre : centre d'évaluation, de valorisation ; centre de décision concernant son agir propre* »

(Durrive, 2010, [9]). Vivre, c'est donc penser, raisonner, faire des choix en fonction des aléas de la situation, (urgences, enjeux, histoire locale...) et de ses propres valeurs. C'est au niveau de cette histoire vécue que se complètent la DP et l'ergologie : tandis que la DP s'intéresse au point de vue intellectuel de l'activité, l'ergologie se concentre davantage sur l'activité vitale (Durrive, 2010). Dès lors, « *la complémentarité entre la didactique professionnelle et l'approche ergologique rejoint la double préoccupation de comprendre les régularités incorporées dans l'activité (excentration : de la vie vers le concept) et de rendre compte des singularités qui font de cette activité un moment d'histoire (recentrement : du concept vers la vie)* » (Durrive, 2010, [37]). Autrement dit, il s'agit d'analyser les situations d'abord, pour comprendre l'activité, et d'évaluer, ensuite, les transformations qu'elle occasionne sur les situations et les sujets.

Aussi, les concepts fondateurs des deux démarches se croisent et se complètent pour éclairer la compréhension des situations de travail. Ainsi, les savoirs en adhérence correspondent aux concepts pragmatiques et pragmatiques construits dans l'activité et en situation de travail, tandis que les savoirs en désadhérence, les normes antécédentes, les règles institutionnelles se réfèrent au travail prescrit. Les débats de normes et valeurs occasionnés par les interactions des personnes avec leur environnement, les caractéristiques de la situation, ou ce qui fait situation, occasionnent de la conceptualisation dans l'action dès lors que la situation est expérimentée.

Les processus de renormalisation en disent donc long sur la valeur prise par certaines variables dans les classes de situations.

« Le travailleur prend en compte les consignes, analyse une situation, adopte une stratégie, suit un raisonnement. Son travail s'interprète dans le champ des concepts comme une suite d'actes pensés, le résultat d'un effort de connaître. Cependant la dimension conceptuelle de l'agir s'articule nécessairement à une dimension axiologique. L'effort de connaître est solidaire d'un effort de vivre. Autrement dit, la désadhérence est incapable de rendre compte toute seule de l'activité humaine : celle-ci est reliée à une vie « en adhérence », elle est en rapport au monde des valeurs. L'activité intellectuelle est aussi une activité vitale » (Durrive, 2010, [23]).

De la même manière, c'est le 3^e pôle du triangle de l'activité, celui des valeurs qui permet d'établir des liens entre les 3 premières caractéristiques de la situation en didactique professionnelle et qui va déterminer la manière de réaliser la tâche, lui donner sa coloration ou son genre, dans les différentes classes de situations. Ce sont encore nos valeurs et la manière dont elles entrent en débats avec les normes qui déterminent l'agir, c'est-à-dire l'arbitrage entre des finalités sociales et des objectifs de soins singuliers et prescrits. Ces arbitrages de vie au travail sont des moments de conceptualisation. Dès lors, la structure conceptuelle des situations « *souligne comment les normes peuvent formaliser une part de cette organisation invariante en*

lui fournissant ainsi un étayage social, voire institutionnel » (Astier, 2008, [26]). En créant un pont entre des savoirs en adhérence et en désadhérence, la démarche ergologique se veut donc pragmatitante et dans une perspective de DP, elle est une « *contribution à une théorie des sujets en développement et en relation* » (Astier, 2008, [45]). En effet, pragmatiser, c'est transformer des repères théoriques, issus des savoirs de référence, en savoirs utiles à l'activité après avoir opéré un « tri » en fonction des besoins de la situation identifiés par les « indicateurs » de « valeur ».

Enfin, en DP comme en ergologie, pour produire des savoirs en adhérence et pragmatiser la théorie, il s'agit d'identifier, dans l'action et dans la réflexion qui y a conduit, les articulations entre les différents pôles du savoir. Cela implique une posture réflexive, où l'expérience peut être mise en histoire par le sujet, car lui seul a accès à ses propres manières de raisonner et d'agir. Dès lors, les *entretiens sur l'activité* proposés par la démarche ergologique apparaissent comme une opportunité pour faire prendre conscience de l'usage de soi au travail. Il s'agit de faire verbaliser l'expérience en actes et en pensées lors des situations étudiées pour identifier les représentations, concepts et modèles opératoires qui s'y croisent mais aussi les valeurs et normes qui s'y trouvent en débats et de la confronter à l'activité observable en acte. « *Les entretiens formels permettront de recueillir leurs représentations du travail. Ces représentations seront ensuite confrontées aux observations de leur activité en train de se faire* » (Efros et al., 2015, p.7). Les contradictions et incompréhensions qui en résultent permettront d'alimenter la réflexion du chercheur, comme du pédagogue. Dans cette perspective, nous formulons la question de recherche suivante :

Quelle est la place de la SP dans les activités réelles des soignants, à la fois comme composantes des situations et éléments de la conceptualisation de ces activités ?

5.4 Synthèse de la problématique et formulation des hypothèses de recherche

Nous arrivons au terme de la première partie de ce travail qui nous a permis d'explorer la complexité de la SP et de son rapport équivoque, parfois paradoxal, à la profession infirmière, elle-même en (re)définition. Nous avons mis en évidence les failles de la formation infirmière, et la portée sociale d'une réingénierie des enseignements de SP, particulièrement en contexte de crise sanitaire. Notre approche théorique a montré l'intérêt d'une entrée par l'analyse de l'activité dans le cadre d'une double démarche, combinant DP et ergologie, pour éclairer notre

souci de pragmatiser la SP. Elle nous a permis de construire une question de recherche en vue d'enquêter sur le terrain. Nous voulons à présent savoir en quoi la SP est « agissante » dans les situations, et de quelle manière les IDE l'intègrent dans leurs modes de raisonnements et leurs stratégies de soins. Il s'agit de pragmatiser la SP, à deux niveaux d'opérationnalité, celui de l'activité et celui de la formation.

La démarche que nous proposons est d'abord empirico-inductive, elle explore un problème rencontré en situation professionnelle et procède, au départ, d'une analyse du terrain et du contexte sanitaire et social de la formation infirmière.

Cherchant davantage à comprendre ce qui se passe réellement au cours des activités de travail, donc à analyser des éléments spécifiques de l'activité, nous avons toutefois souhaité formuler des hypothèses en nous référant à un cadre théorique, et évoluer vers une démarche plus déductive. Notre enquête, qualitative, visera surtout à comprendre l'activité pour produire des savoirs didactiques, moins à confirmer ou infirmer formellement nos hypothèses. Elle visera aussi, à produire de nouveaux questionnements pour poursuivre ou élargir l'investigation.

Nous avons formulé 3 hypothèses que nous présentons à la suite.

Notre première hypothèse, H1, concerne le rapport que les IDE entretiennent avec la SP et les savoirs associés :

H1 : Les activités en lien avec la SP sont peu valorisées par les IDE au profit d'activités plus techniques et relationnelles tendues vers l'intervention thérapeutique

Nous avons observé que les représentations des étudiants plaçaient la SP en marge des savoirs essentiels à l'activité professionnelle. Une vision biomédicale du soin semble dominer leurs conceptions professionnelles et nous avons l'intuition que cette tendance persiste chez les IDE qu'ils deviennent. Notre exploration de la littérature montre que, même si son paradigme repose sur des théories qui envisagent la santé de façon très globale et où la dimension préventive du soin est prévalente, les pratiques infirmières s'inscrivaient majoritairement dans un modèle curatif, dans la continuité de l'activité médicale. Le rôle infirmier délégué est très encadré, il engage une responsabilité, de l'interprétation de la prescription médicale à l'évaluation de sa mise en œuvre. Il est le plus souvent tracé, i.e. horodaté et signé, conformément aux recommandations, cette trace étant archivée, elle témoigne alors de sa réalisation et de la responsabilité des acteurs engagés, le médecin qui a donné l'ordre et l'infirmière qui doit l'exécuter. Au-delà des aspects en lien avec la qualité et la sécurité des soins, cette trace est valorisée, parce qu'elle est tarifable, elle intéresse la hiérarchie et les services économiques de l'hôpital, contrairement aux activités préventives et éducatives. Dès lors, nous pensons que les

IDE priorisent les activités en lien avec le cure, entre autre, parce que c'est ce que l'institution valorise, et les autres activités sont déléguées à d'autres catégories de personnels ou reléguées à un plan secondaire. Elles sont mises en œuvre quand ils en ont le temps, où si les conditions de travail le permettent. C'est de plus en plus rare à l'hôpital où les temporalités et les effectifs se réduisent et où les actes relevant de la prescription et de leur coordination occupent déjà l'essentiel du temps infirmier.

Notre deuxième hypothèse, H2, concerne la présence de la SP dans les soins généraux et son degré de visibilité, à la fois pour les ESI et pour les IDE qui les encadrent :

H2 : La SP est transversale à l'activité de soins mais elle est *non sue*, elle n'est pas visible directement ; elle est par ailleurs peu mobilisée dans l'encadrement des ESI lors des stages cliniques

Notre expérience montre que les soignants ont du mal à visibiliser la SP dans leur activité, tout comme les ESI, ils sont nombreux à penser qu'elle relève d'une minorité d'IDE spécialisés et exerçant hors de l'hôpital. Ils ne remarquent pas à quel point leur activité, à eux, est porteuse de SP. Nous pensons que c'est parce qu'elle ne fait pas partie de leurs schémas d'analyse et de leurs stratégies opératoires, centrés sur la singularité du soin où sa dimension collective est une question en marge. La SP n'est pas partie prenante du raisonnement clinique dans sa partie réelle, alors qu'elle l'est dans son caractère prescriptif. Pourtant, selon nous, comme le modèle d'analyse qui guide le raisonnement et la démarche d'intervention clinique est très global, les IDE initient et mettent en œuvre en permanence des activités qui mobilisent des éléments de SP. Selon nous toujours, ils ne s'en rendent simplement pas compte, ils ne font pas les liens avec les éléments théoriques qu'ils ont rejetés depuis longtemps parce qu'ils ne faisaient pas sens pour eux. La SP nous semble présente, mais non sue. Dès lors, les IDE ne l'intègrent pas dans les éléments prioritaires à transmettre lors de l'encadrement des ESI, tandis que d'un autre côté, ces derniers ne sont pas outillés par l'IFSI pour identifier la SP par eux-mêmes lorsqu'ils sont en stage.

Enfin, notre troisième hypothèse, H3, concerne l'opérationnalité de notre démarche, la pragmatisme de la SP, et le potentiel didactique des situations rencontrées dans les soins généraux :

H3 : Les soins généraux offrent une variété de situations potentielles de développement dont l'analyse permettrait de pragmatiser la SP, autrement dit de mobiliser les concepts en SP abordés lors des enseignements théoriques

Notre intuition, guidée probablement par nos années d'expérience en tant qu'infirmière, notamment lorsque nous exerçons à domicile, nous conduit à penser que les soins généraux absorbent la SP de manière transversale, en permanence : que ce soit dans les dimensions macro et méso, où elle se manifeste selon nous, la plupart du temps, en tant que caractéristique agissante, et même micro-sociale, où elle peut apparaître sous l'angle des valeurs communes sous tendues par la finalité sociale du soin et l'agir infirmier, i.e. le bien-être de la (des) personne(s). Aussi, nous pensons que l'analyse de l'activité infirmière permettra de mettre en évidence une variété de situations à fort potentiel didactique pour développer des compétences en SP. Selon nous, de nombreux concepts théoriques peuvent être pragmatisés, c'est-à-dire traduits en savoirs utiles dans la pratique, et intégrés ou intégrables dans la structure conceptuelle des situations réelles de travail.

Pour éprouver nos 3 hypothèses, nous exposerons notre cadre méthodologique et notre protocole de recherche au chapitre suivant, qui entame la deuxième partie de ce travail.

Deuxième partie : enquête

La didactique professionnelle et l'ergologie ont en commun de s'intéresser au réel de l'expérience du travail, en partant d'abord des situations réelles et du point de vue de ceux qui y sont en activité. Cette démarche implique une immersion sur le terrain du travail et des méthodes qualitatives qui permettent d'accéder au vécu et au point de vue des acteurs sur leur vécu : les stratégies, les interactions in situ, les routines, les tensions...(Olivier de Sardan, 2022), mais aussi « *un univers de signes et de normes que le sujet au travail va prendre en compte, en même temps qu'il s'efforce de produire lui-même du sens* » (Durrive, 2022, p.123). Il s'agit de comprendre l'activité sous tous ses aspects, « *comprendre les prescriptions, les normes, les règles, les attentes des partenaires du groupe professionnel cible : leur hiérarchie, leurs partenaires dans le processus de travail, mais aussi ceux avec qui et pour qui ils travaillent* » (Mayen, 2014, [47]). Dès lors, la didactique professionnelle et l'ergologie proposent une démarche d'analyse de l'activité au plus près du quotidien, dans des *situations naturelles* et au *cœur des contextes locaux* (Olivier de Sardan, 2022). À la suite, nous présentons et argumentons notre démarche méthodologique pour conduire cette enquête en immersion, ainsi que l'analyse des données qui en sont issues.

6. Démarche méthodologique

Les enquêtes quantitatives se concentrent sur des données chiffrées, elles visent la généralisation et non l'activité singulière qui nous intéresse. Si elles permettent d'appréhender l'atteinte ou non des objectifs du travail prescrit, elles ne permettent pas de vérifier la manière dont ce dernier est mis en œuvre sur le terrain.

Nous avons donc opté pour une enquête qualitative qui considère le terrain comme un *espace de recherche* (Filliettaz, 2022) en combinant observations en immersion et entretiens avec des professionnels exerçant dans différents milieux des soins généraux. Il s'agit de mettre en mots l'expérience en actes et en pensées lors des situations étudiées pour identifier les représentations, concepts et modèles opératoires qui s'y croisent mais aussi les valeurs et normes qui s'y trouvent en débats et de la confronter à l'activité observable en acte. « *Les entretiens formels permettront de recueillir leurs représentations du travail. Ces représentations seront ensuite confrontées aux observations de leur activité en train de se faire* » (Efros et al., 2015, p.7). Les contradictions et incompréhensions qui en résultent

permettront d'alimenter la réflexion du chercheur, comme du pédagogue. En effet, « *l'action réalisée et observable ne dit pas tout de leur activité, mais elle est un point de départ concret pour le leur faire expliciter* » (Mayen, 2022, p.104).

L'observation est une méthode privilégiée en analyse de l'activité : « *observer, c'est déceler des faits, des événements, des actions caractérisant une situation sous l'angle qu'on a choisi de privilégier. Toute observation est un choix guidé par des principes divers* » (Leplat, 2004, p. 88). Mais elle doit être couplée à une analyse du discours porté sur l'action pour accéder au réel de l'activité. En effet, si l'action, c'est-à-dire l'activité réalisée, n'est jamais totalement l'activité réelle qui inclut, « *ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne fait plus, mais aussi ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe supplémentaire – ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire...* » (Clot, 2015, p.17) - alors l'analyse de l'activité ne peut se limiter aux données observables directement. Elle nécessite aussi de s'intéresser à l'expérience vécue, écartée par l'action et accessible uniquement au moyen de sa mise en mots par le sujet qui l'a vécue, dans le cadre d'un retour réflexif sur l'expérience. C'est tout l'intérêt de la combinaison observation - entretien qui permet de confronter les données observées en situation, au point de vue de celui qui en a fait l'expérience et à sa mise en histoire ; « *l'expérience vécue n'est accessible aux sujets que lorsqu'elle est renouvelée par la traversée du contexte où elle est revécue* » (Clot, 2015, p. 21-22).

Dans les milieux de soins généraux, les activités peuvent difficilement être découpées en séquences prédéfinies à l'avance, pour permettre à l'observateur de choisir et délimiter des moments singuliers dans le quotidien des professionnels. Par ailleurs, l'activité de soins est souvent discontinue et les interruptions, ruptures, transitions et rebonds qui l'organisent, constituent justement des sources d'information précieuses sur les raisons d'agir. Si l'on s'intéresse aux activités en lien avec la SP et notamment d'un point de vue macrosocial, l'exercice relève presque de l'impossible, en dehors de l'observation des séquences éducatives programmées dans certains lieux spécifiques. Nous l'avons montré, les activités de SP relèvent le plus souvent de la partie invisible du travail, cachée derrière les activités techniques valorisées par l'organisation sociale normative du travail et notamment les activités prescrites ou déléguées par le médecin. « *Les interactions langagières et para-langagières constituent, à côté du protocole technique de soin au sein du rôle propre infirmier, un élément peu visible et peu valorisé qui, de manière discrète, participe pleinement au soin, se mêlant au soin technique et permettant même son déroulement optimal* » (Piot, 2018, p. 30). Dès lors, pour observer

l'activité de SP dans ces lieux, il faut pouvoir suivre les professionnels sur des périodes continues et suffisamment étendues permettant d'identifier les continuités et discontinuités qui l'organisent ou *l'empoisonnent* (Clot, 2006). Il s'agit là d'une condition sine qua non si on veut identifier les situations de sa mise en œuvre effective ou échouée et comprendre l'activité de raisonnement opératoire qui la sous-tend : avoir une vue d'ensemble pour découper et revenir sur des situations singulières ensuite : « *rencontrer l'être d'activité et son point de vue afin d'échanger avec lui sur sa perception de l'essentiel dans son travail* » (Durrive, 2022, p.128).

En termes de résultats attendus, nous souhaitons :

- Identifier et décrire les activités et les situations que les IDE de soins généraux associent à la SP
- Identifier et décrire des activités et des situations en lien avec la SP mais que les IDE ne se représentent pas forcément comme telles
- Comprendre le point de vue et le rapport que les IDE de soins généraux entretiennent avec la SP et le soin et comment s'opèrent leurs articulations
- Identifier et formaliser des savoirs d'action portant sur la SP :
 - o Décrire des situations potentielles de développement et leurs caractéristiques agissantes
 - o Confirmer des concepts de SP « pragmatissables » et mettre en évidence des concepts pragmatiques.

6.1 Choix de la méthode et des outils

Afin d'atteindre ces objectifs, nous avons donc choisi d'articuler observations semi-participantes en immersion et entretiens semi-directifs. Les données ainsi recueillies seront ensuite croisées dans notre analyse.

L'observation par shadowing

Pour recueillir des données portant sur l'activité infirmière, nous avons opté pour des observations continues par *shadowing* (McDonald, 2005), en français, *observation par ombrage* (i.e. dans l'ombre), où l'observateur suit l'observé comme son ombre et devient son ombre. C'est une technique d'observation semi-participante à visée qualitative, plus généralement utilisée en sciences sociales (Mintzberg), mais appropriée à notre objet d'étude. Avec cette technique, l'observateur suit la personne observée dans tous ses déplacements, est à

l'écoute de ses conversations formelles et informelles, est témoin des interactions et des régulations avec l'environnement et partage les temps de pause ... Il vit l'activité avec lui, sans vraiment vivre exactement la même, sur des périodes relativement longues et en continu. Le shadowing peut se mettre en œuvre sur une journée, une semaine ou même un mois de travail, sur des jours consécutifs ou non, il peut concerner une seule personne, sur un seul poste ou plusieurs personnes, sur plusieurs postes et dans plusieurs entreprises, selon les objectifs poursuivis. En ce qui concerne notre enquête, nous ne suivrons qu'un seul IDE par séquence d'observation, même si nous collecterons des données sur ses interlocuteurs. Le shadowing est un *entre deux* entre l'observation simple et l'observation participante où l'observateur interagit volontairement dans les situations. Ici, l'enquêteur peut poser des questions tout au long de la période d'observation, pour obtenir des précisions, une argumentation légitimant un geste précis ou comprendre un élément contextuel mais il n'intervient pas dans le cours de l'action, il reste en retrait de l'action, autant que faire se peut. En effet, « *aller sur le terrain, c'est aller vers la parole des autres, questionner, mais aussi, par moments, discuter et échanger ses impressions et ses observations. Cela signifie que l'enquêteur n'est certainement pas toujours muet, et qu'il peut être amené à nourrir les échanges* » (Mayen, 2022, p. 107).

Au cours de l'observation par shadowing, l'observateur prend des notes de manière continue en prenant soin de noter les dates, horaires et descriptions précis des actes, échanges, événements... observables dans les situations. Il porte une attention particulière au langage non verbal, aux changements d'humeur... et note les commentaires et questions qu'il se pose tout au long de l'observation. A la fin de la période d'observation, ces données constituent un corpus d'analyse aussi dense que riche qu'il pourra analyser « *en première main* » (McDonald, 2005), et/ou croiser ensuite avec des données issues d'entretiens portant sur un retour sur l'activité. Couplé à des entretiens à distance, le shadowing s'inscrit dans une démarche clinique, dans la mesure où il permet de confronter des données structurant une histoire observable et interprétée par l'observateur, tout en permettant à l'observé de construire une autre histoire singulière en les confrontant ensuite à son point de vue.

La technique du shadowing comporte des limites, notamment en raison des temporalités qu'elle implique. D'une part, plus la période d'observation est longue, plus les données seront difficiles à analyser, l'expérience peut être épuisante et accablante (McDonald, 2005), d'autre part, elle implique pour l'observé de supporter une intrusion lourde et longue de l'observateur dans le quotidien de son travail. Elle pose enfin la question de la subjectivité de l'observateur et de son influence, même involontaire, sur le cours de l'action, d'autant plus si, comme en situation de

soin, l'activité convoque d'autres interlocuteurs et notamment les patients. Partant du principe d'une relation d'altérité productive entre subjectivité et objectivité au sein du triangle observateur – observé – situation, et toute naïveté écartée, ce point nous paraît donc être, pour l'instant, une ressource plus qu'une difficulté. « *Le shadowing partage cette dimension réflexive avec d'autres méthodes ethnographiques. Toutefois, rappelons-le, le caractère empathique du shadowing – 'prendre le point de vue de l'acteur' – et l'étroite relation que cette méthode impose entre le sujet et son ombre font de la réflexivité un incontournable, une partie intrinsèque et inévitable du travail de recherche* » (Vásquez, 2013, p.72) . Pour autant, cette interprétation subjective de l'expérience n'en est pas moins objectivable. Elle ne s'oppose pas non plus à l'objectivité de l'interprétation des observations directes, elle les complète là où justement et paradoxalement, elles manquent d'objectivité en ce qu'elles écartent de facto l'activité pensée, motivée et recomposée, l'activité réelle.

Le shadowing peut combiner des moments d'enregistrements audio ou vidéo pour compléter le recueil de données et confronter l'observé à ce qu'il a réalisé. Dans ce cadre, ces supports peuvent avoir une visée formative au sein d'un dispositif d'apprentissage expérientiel. Malgré leur plus-value, en ce qu'ils permettent une confrontation directe avec le réalisé, et donc d'éviter les oublis, les détails signifiants mais en apparence insignifiants, ce qu'on n'a pas vu ou voulu voir... ils ne sont malheureusement pas adaptés au milieu des soins en raison des questions techniques, déontologiques et éthiques qu'ils posent : respect du secret professionnel, respect de l'intimité, de la pudeur, consentements... Pour les remplacer, l'observateur en ombrage peut s'appuyer sur des grilles d'observations plus ou moins préstructurées, et qui l'aideront ensuite à ordonnancer l'enchaînement des actions, les situer en contexte et les catégoriser en fonction du contenu des détails relevés et des commentaires associés, en vue d'une analyse qualitative plus traditionnelle. Le support apportera une vue d'ensemble de la période observée.

Dès lors, notre observation par shadowing a été couplée à des entretiens de confrontation à distance temporelle, relativement courte pour une meilleure disponibilité de la mémoire, et accéder au vécu de l'expérience et à sa réalité subjective.

Les entretiens de remise en situation permettent d'avoir accès à des dimensions cachées de l'activité par un retour réflexif, « *En effet, cette confrontation constitue un moyen essentiel pour obtenir de la part des acteurs des données verbales et gestuelles concernant leur activité [...], ces données verbales et gestuelles ne peuvent en général être obtenues qu'en faisant revivre son activité à l'acteur de façon différée, en particulier grâce à ces mêmes traces dans l'environnement* » (Theureau, 2010, p.288).

L'outil d'observation

Afin de recueillir les données observées, nous avons souhaité un outil qui laissait suffisamment de liberté pour le choix des détails à transcrire, tout en permettant de les structurer pour en faciliter la lecture dans un second temps. Nous avons donc construit une grille d'observation très simple composée de 2 colonnes principales (figure 1) : la première permettait de décrire librement la situation observée (éléments de contexte, histoire de la maladie de la personne prise en soins, discours, échanges entre les acteurs, imprévus, problèmes rencontrés...). La deuxième permettait de formuler des remarques, un questionnement général ou des questions précises à poser ultérieurement durant les entretiens. Deux autres colonnes secondaires les complétaient : l'une pour situer l'activité dans le temps et la durée, l'autre pour classer l'activité en fonction des compétences infirmières et des concepts de SP qu'elle mobilisait et en vue de l'analyse ultérieure. La première colonne principale a été remplie de façon linéaire, en précisant l'heure à chaque nouvelle séquence d'activité. Les questions ou remarques ont été notées soit en cours d'observation, soit dans l'intervalle entre les observations et les entretiens (de quelques heures à quelques jours selon les IDE enquêtés). La classification de l'activité en compétences, dont nous détaillerons les modalités ultérieurement pour introduire la présentation de l'analyse des données issues des observations, a été réalisée généralement en cours d'observations mais a été modifiée ou complétée durant la phase d'analyse. De même pour les concepts en SP.

N° d'anonymat

Date

N° page

Heure	Description de la situation et de l'activité : contexte, personnes concernées, buts et finalités de l'activité, enchaînement des actes, contenus des dialogues...	Compétence IDE ?	Concepts associés à la SP ?	Remarques Questions

Figure 1 : Grille d'observation

La mise en œuvre des entretiens

Pour les entretiens, nous avons construit un guide d'entretien en 2 parties (annexe 1, p. I-II) :

- La première partie était de type semi-directive, des questions suffisamment ouvertes pour permettre à la personne interviewée d'exprimer son point de vue mais centrées sur l'objet de la recherche, afin d'éviter les dispersions et encadrer l'interview dans une temporalité

acceptable et exploitable. Les questions principales portaient sur les conceptions de la santé, du soin et de la profession - les valeurs professionnelles - les représentations, savoirs et savoirs faire associés à la SP - le rapport à l'encadrement et à la formation et les articulations possibles avec la SP. S'ajoutaient quelques questions portant sur des données socio-démographiques et de parcours. En tout, une vingtaine de questions ont servi de base à cette première partie des entretiens, elles ont été modifiées, adaptées, réorganisées ou complétées au cours des entretiens.

- La deuxième partie de l'entretien visait à confronter le point de vue des acteurs à l'activité telle que perçue par le chercheur lors des observations : il s'agissait de revenir sur les situations observées et d'échanger sur les situations potentiellement apprenantes qui pouvaient en être extraites : confronter les données observées en situation au point de vue des IDE et mettre leur expérience en histoire. Nous souhaitions pouvoir accéder au vécu de l'expérience et à la subjectivité de l'activité observée en revenant sur des moments clé des périodes d'observation, où selon nous, de la SP pouvait être extraite. L'objectif général était d'identifier des savoirs d'action portant sur la SP et les rapports à ces savoirs. Pour cette partie, les questions étaient difficilement prévisibles, elles ont été élaborées durant les observations et en cours d'entretien en fonction des situations et des personnes. Nous avons toutefois imaginé quelques orientations de questions formalisées dans notre guide d'entretien, elles ont été peu mobilisées. Pour cette partie, il s'est surtout agi de décrire les situations telles que nous les interprétions et de soumettre notre point de vue aux personnes interviewées afin d'observer leurs réactions et l'argumentation de leurs actions.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et intégralement retranscrits sous forme de verbatims.

6.2 Choix des sites et de la population enquêtée

Les stages dans le milieu des soins généraux étant majoritaires, voire exclusifs, nous avons souhaité être au plus proche des réalités du terrain de la formation clinique en ciblant ces secteurs pour notre enquête. « *Ce que l'on veut constater, c'est la mise en pratique réelle des apports de la formation dans le cadre du travail.* » (Durrive, 2020, p.83)

En effet, l'un de nos objectifs est d'identifier des situations potentielles d'apprentissage mobilisables dans l'alternance théorie/pratique et « *ce faisant les chercheurs seront mieux en mesure d'analyser la relation dialectique qui intervient en permanence dans l'éducation et le*

travail, entre d'un côté l'action en situation, la pratique et l'expérience et de l'autre côté la verbalisation et la théorie » (Vergnaud, 2011, [51]).

Au départ, nous visions plusieurs services hospitaliers de médecine, chirurgie, urgences, santé mentale, des établissements d'hébergement pour personne âgée dépendante, (EHPAD) et établissements médicaux-sociaux, ainsi que plusieurs structures de soins à domicile (centre de soins infirmiers, Hospitalisation A Domicile (HAD), exercice libéral). Les lieux devaient englober le parcours clinique obligatoire de l'ESI (Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), lieux de vie, soins de suite et de réadaptation (SSR) et santé mentale. Nous avons exclu les services trop spécifiques de la SP (santé au travail, santé scolaire, PMI, ...) car les ESI y font peu, voire pas de stages. Par ailleurs, pour ces secteurs, que les ESI considèrent comme dédiés à la SP, il ne s'agit pas de démontrer qu'elle s'y met en œuvre et comment elle pourrait être mobilisée en formation mais plutôt qu'ils n'en n'ont pas l'apanage en l'identifiant dans des secteurs beaucoup plus généraux.

Nous avons également souhaité inclure des établissements aussi bien publics que privés toujours dans cette même perspective de faire correspondre nos lieux d'investigation avec ceux de la formation clinique réelle. Beaucoup d'ESI effectuent au moins un stage à domicile, le plus souvent encore dans des structures où les IDE sont salariés. Néanmoins, la pénurie de places de stages qui amène à ouvrir de plus en plus de terrains d'apprentissage dans le domaine de l'exercice libéral à domicile, et le développement en général de l'activité des soins à domicile dans une perspective de qualité et d'efficacité, nous ont conduit à vouloir explorer ce domaine avec autant d'intérêt que celui de l'univers hospitalier. Par ailleurs, ayant nous même une expérience dans le domaine des soins infirmiers à domicile, nous avons l'intuition que le secteur était porteur de situations d'apprentissage pour la SP.

À cette phase de notre recherche, au printemps de 2021, nous nous trouvions encore en contexte de pandémie de covid-19, la plupart des établissements de santé et structures de soins appliquaient des protocoles sanitaires spécifiques stricts qui incluaient notamment la restriction des visites extérieures. Nous n'avons pas pu accéder à plusieurs structures en raison de ces restrictions, même si certaines avaient donné un accord de principe. La condition pour programmer les séquences de l'enquête dans certains lieux et démarrer une démarche de recrutement était la diminution du niveau de vigilance sanitaire, mais fin d'année 2021 et début d'année 2022, une nouvelle vague de covid-19 a renforcé les méfiances et bloqué nos démarches. Nous n'avons dès lors pas pu réaliser d'observations en santé mentale, c'est l'une des limites à notre recherche, mais qui ouvre aussi des possibilités d'explorations complémentaires. D'un autre côté, nous nous trouvions en situations où les soignants étaient

épuisés physiquement et moralement, la vaccination de la covid-19 pour les soignants faisait débat et nous craignons d'avoir peu de volontaires.

Pour recruter des IDE, nous avons donc fait appel à notre réseau professionnel de cadres de santé. Pour le secteur hospitalier public, nous avons obtenu l'accord de la direction des soins d'un hôpital afin de présenter notre projet d'enquête en réunion hebdomadaire des cadres de santé paramédicaux. Nous avons exposé notre démarche, ses objectifs mais en insistant aussi sur la lourdeur de notre enquête. Nous leur avons remis une fiche d'information qui synthétisait la démarche, avec nos coordonnées, afin qu'elle soit remise aux personnes qui pourraient être intéressées. Les cadres appartenant à la plupart des domaines que nous visons, à l'exception de la santé mentale, ont ensuite relayé l'information dans les services. Le seul critère d'inclusion était d'avoir le diplôme depuis au moins 1 an. 2 IDE se sont portées volontaires dans les 2 semaines qui ont suivi la présentation aux cadres. Elles exercent en médecine gériatrique et aux urgences.

Pour les structures privées, nous avons contacté directement 2 cadres supérieurs de santé exerçant en EHPAD et en centre de cancérologie. Après leur avoir exposé notre démarche par téléphone et leur avoir également envoyé un document support, elles ont relayé l'information au sein de leurs équipes. 2 IDE en EHPAD et 2 IDE en oncologie se sont portés volontaires. L'une des observations a toutefois été annulée en dernière minute pour raison de service et n'a pu être reportée.

En ce qui concerne les services de soins à domicile, nous nous sommes appuyés sur notre ancien réseau d'infirmiers, notamment libéraux. 3 IDE ont répondu à notre premier appel. Nous avons relancé nos demandes par mail en fin d'année 2021 pour compléter notre panel. 1 IDE libérale y a répondu. Fin 2021 également, 1 IDE du SMUR informée de notre requête en juin nous a recontacté après une plus longue réflexion.

Au total, notre panel sera constitué de 10 IDE dont 2 hommes et 8 femmes de 26 à 55 ans pour une moyenne d'âge de 39 ans (tableau 1). L'ancienneté du diplôme va de 5 à 35 ans, 5 IDE sont issus du programme de formation actuel et 5 de programmes antérieurs. Certains ont des formations complémentaires et 2 étaient en situation d'encadrement, et tutoraient un ESI de semestre 2 au moment des observations. Sans vraiment pouvoir avoir d'influence sur sa constitution, il représente naturellement assez bien la répartition des IDE en activité aujourd'hui en France.

	<i>Sexe</i> <i>Age</i>	<i>Ancienneté</i> <i>dans le</i> <i>service</i>	<i>Année</i> <i>du</i> <i>diplôme</i>	<i>Service</i>	<i>Observation</i>	<i>Entretien</i>	<i>Autres</i> <i>diplômes</i>
<i>E1/O1</i>	F 26 ans	5 ans	2016	EHPAD Privé	14 juin 2021 4h	14 juin 2021 Durée 28'01 (+/- 15')	DU plaies et cicatrisation
<i>E2/O2*</i>	F 29 ans	3 ans	2015	EHPAD Privé	17 juin 2021 4h	17 juin 2021 Durée 34'25	Licence en sciences de l'éducation
<i>E3/O3*</i>	F 55 ans	2 ans	1987	Service de médecine gériatrique Public	22 juin 2021 4h	22 juin 2021 Durée 46'26	
<i>E4/O4</i>	M 38 ans	2 ans	2015	HDJ Soins de supports Semi privé	2 juillet 2021 5h	2 juillet 2021 Durée 37'56	DU soins palliatifs
<i>E5/O5</i>	F 43 ans	14 ans	2003	Service d'urgences /trauma Public	15 juillet 2021 4h	16 juillet 2021 Durée 43'10	
<i>E6/O6</i>	F 34 ans	4 ans	2013	Soins à domicile Exercice libéral	12 octobre 2021 4h	16 octobre 2021 Durée 48'31	
<i>E7/O7</i>	F 30 ans	2 ans	2014	Soins à domicile Exercice libéral	22 octobre 2021 4h30	22 octobre 2021 Durée 44'30	
<i>E8/O8</i>	M 51 ans	8 ans	1988	Soins à domicile Exercice libéral	28 octobre 2021 7h	6 novembre 2021 Durée 41'52	
<i>E9/O9</i>	F 39 ans	18 mois	2004	SMUR Public	10 novembre 2021 10h	10 novembre 2021 Durée 15'22 + 58'45	
<i>E10/O10</i>	F 45 ans	8 ans	2012	Soins à domicile Exercice libéral	30 novembre 2021 7h	3 décembre 2021 Durée 1h28'45	DU qualité DU plaies et cicatrisation DU soins palliatifs

Tableau 1 : Présentation du panel IDE observé et interviewé

Nous avons fait relire notre guide d'entretien à plusieurs IDE de notre entourage professionnel pour nous assurer de sa clarté. La lourdeur de la démarche et la difficulté à recruter des IDE ne nous a pas permis de tester les outils. Néanmoins, quelques ajustements ont été apportés au guide d'entretien après les premières expérimentations, nous les développerons plus loin.

6.3 Déroulement de l'enquête

Notre protocole de recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Strasbourg en mai 2021. Nous avons ensuite procédé aux investigations en 2 phases. La première en juin et juillet 2021 concernait les IDE exerçant à l'hôpital et en EHPAD, la deuxième phase en octobre et novembre 2021, concernait les IDE exerçant à domicile et au SMUR. Pour l'analyse, l'IDE exerçant au SMUR sera essentiellement considérée comme appartenant au groupe « domicile », même si elle est salariée d'un hôpital. Entre août et septembre 2021 et en inter phase, nous avons procédé à la préanalyse des données des observations et entretiens de la 1^e phase, nous y reviendrons dans l'analyse des données.

Les séquences de l'enquête ont été planifiées en concertation, soit directement avec les IDE en fonction de leur planning de travail, soit par le cadre du service concerné. Les observations ont duré en moyenne 5h30. Elles étaient plus longues pour la 2^{ème} phase (6h30 vs 4h15 pour la 1^{ère} phase). Ces variations de durées s'expliquent par l'organisation du travail à domicile, qui inclut les déplacements en véhicule d'un patient vers un autre pour les IDE libéraux et par l'imprévisibilité des soins d'urgences pour le SMUR où les observations ont donc inclus des temps de garde. Au SMUR, nous avons pu assister à 2 interventions sur une période d'observation de 10h. Nous avons réalisé une 2^{ème} séquence d'observation en janvier 2022, avec la même IDE, mais elle n'a pas occasionné d'interventions.

Dès les premières réflexions avec les directions et ou cadres de santé des structures investies, il est apparu complexe d'expliquer notre présence aux patients en tant que chercheur (état cognitif et état général dégradé en EHPAD et en médecine gériatrique, flux, imprévus et anxiété des patients accueillis aux urgences...). Par ailleurs, pour des questions sanitaires et notamment rassurer les patients concernés par les observations, le port de la blouse blanche a été de rigueur. Aussi, nous avons expliqué notre présence et avons obtenu le consentement des patients en nous présentant d'abord comme un infirmier formateur (ce que nous sommes effectivement) et en observation en vue d'adapter les pratiques de formation. Conformément aux demandes des directions, nous n'avons pas formulé les mots recherche et enquête mais avons donné nos objectifs avec loyauté à ceux qui étaient en capacité de communiquer verbalement. Il a été offert à tous les patients la possibilité de demander le retrait du chercheur le temps d'un soin. Très peu ont refusé notre présence (seulement 2 personnes prises en soins à leur domicile pour des questions d'intimité). Certains patients, notamment au domicile, étaient ravis de cette intrusion qui change du quotidien, ils ont inclus le chercheur dans les échanges en cours de soins. Cela a

réellement été une limite une seule fois, où une situation relationnelle très difficile dans laquelle nous avons été impliqués nous a obligés à sortir de notre posture de chercheur.

Parmi les autres limites contextuelles, le port du masque n'a pas facilité les échanges et certaines informations ont pu être masquées ou mal interprétées. En EHPAD et en gériatrie, les patients ont été fragilisés par la pandémie de covid-19 et par la canicule. Beaucoup souffraient d'altération de l'état général, de déshydratation, de dénutrition et étaient somnolents. Durant ces périodes difficiles, les effets indirects du confinement et des restrictions avaient également augmenté la prévalence des troubles cognitifs et des décompensations des syndromes psychopathologiques (syndromes dépressifs, de glissement, agitation, anxiété...), en lien avec la rupture du lien social, la détresse psychologique et le manque d'animation et d'ouverture vers l'extérieur, auxquels s'ajoutent un absentéisme des soignants réguliers et un grand turn-over de remplaçants. Des tensions étaient palpables dans les équipes en général.

Les entretiens ont duré en moyenne 48 minutes. 5 IDE ont été interviewés le jour même des observations, soit sur un temps de travail dégagé au cours de la période d'observation et où l'activité le permettait (2 IDE/10), soit en fin de poste de travail (3 IDE/10 dont l'un par téléphone). Pour les 5 autres, les entretiens se sont tenus à quelques jours de distance et par téléphone. Les conditions des entretiens ont été bonnes. Pour ceux qui se sont déroulés en présentiel, ils ont eu lieu en salle de pause ou dans un bureau dédié. Nous avons comptabilisé quelques interruptions sans grande gêne. Pour les entretiens téléphoniques, la plupart des IDE étaient chez eux dont certains en astreinte. Pour les IDE salariés, les directions des soins s'étaient engagées à prendre en compte les entretiens sur le temps de travail et ils ont pu récupérer le temps consacré. Les IDE libéraux ont, quant à eux, pris de leur temps personnel pour ces échanges.

Les observations se sont déroulées de manière plutôt fluide. Les IDE nous ont semblé se soumettre avec sincérité, et répondre à nos questions avec intérêt mais cela relève de notre subjectivité. Les échanges informels ont été riches, même si leur retranscription sur notre grille d'observation n'a pas pu être exhaustive. Notre présence était généralement annoncée, même si dans certains grands secteurs, comme les urgences, certains professionnels nous ont questionné mais cela n'a pas occasionné de problème particulier. Nous nous sommes alors présentés ainsi que notre démarche. En début d'observation, notamment en structure, nous ressentions une certaine gêne de la part des IDE observés, certains ont exprimé la sensation d'être en situation d'évaluation et des réminiscences de formation les ont troublés. Notre statut de cadre de santé formateur pouvait être intimidant, certains l'ont exprimé. Nous avons adopté une posture relativement humble et avons expliqué à tous que notre démarche n'était pas

évaluative, qu'elle visait au contraire à prendre le point de vue de l'activité telle qu'elle était, et non telle qu'elle devrait l'être. Nous leur avons également expliqué que nous ne considérions en aucun cas avoir de légitimité technique ou d'expertise pour juger de leurs pratiques. Si les premières trente minutes ont été généralement l'occasion pour chacun des acteurs de s'approprier les conditions de l'enquête, très vite les échanges sont devenus naturels de notre point de vue. Le tutoiement a été choisi à la demande des IDE. Il faut préciser que les formateurs d'IFSI sont, pour la plupart habitués à endosser une posture d'observateur en situation d'immersion. En particulier les formateurs qui ont exercé lorsque le programme de 1992 et les fameuses mises en situations professionnelles étaient mises en œuvre.

Pour notre part, même en situation d'évaluation d'étudiant, nous avons toujours adopté cette posture qui consiste à considérer le travail observé comme une opportunité de développement personnel. C'est une posture de réciprocité dans laquelle se construit la confiance et qui facilite donc la relation entre le chercheur et les personnes enquêtées. Elle a permis une relation symétrique et des échanges libres de points de vue sur les situations et la formation.

« Tout ce qui compose les milieux de travail et tout ce avec quoi des professionnels travaillent, sont, au moins à titre potentiel, des constituants d'une formation : à titre de contenu, parce que ce milieu et l'action qui se fait ou peut se faire avec lui est à connaître, à découvrir et à redécouvrir, à s'approprier ou à se réapproprier, à titre de situations et d'instruments de formation : situations problèmes, incidents, prises de risques, hésitations, pluralités de stratégies, états intermédiaires ou finaux du travail, discours des clients ou des usagers. Tout ce qui peut engendrer et soutenir des apprentissages et entraîner des effets de développement est à considérer à partir, radicalement, du travail, y compris pour s'en éloigner et choisir de concevoir des séquences hors et à distance du travail. » (Mayen, 2014[49]).

Durant les observations, nous avons tenté d'être le plus discret possible dans les situations critiques ou délicates (position en retrait ou détournement du regard lors de soins intimes, non interruption des interactions entre les IDE, les patients et les autres personnes, distanciation physique lors des manutentions et transferts de patients où des soins à risque infectieux...) et globalement notre présence n'a pas entravé le déroulement et l'organisation du travail. Néanmoins notre présence a imposé une posture spécifique de disponibilité et d'introspection de l'observé, ayant entraîné une fatigue et une charge mentale importantes et constituent une limite à notre protocole de recherche. D'un autre côté, nous avons été amenés, progressivement en cours d'observations et d'entretiens, à partager nos connaissances et nos questionnements, avec, nous le montrerons dans l'analyse, des évolutions de points de vue. Ces transformations permises par la mise en réflexivité apportée par l'enquête, sont également cognitivement éprouvantes.

Nous présentons l'analyse des données issues de notre enquête dans le prochain chapitre.

7. Analyse des données issues de l'enquête

7.1 Analyse des données issues des observations

Afin d'avoir une grille de lecture pour analyser de manière quantitative le travail infirmier, nous avons choisi d'ordonner l'activité en fonction des compétences que chaque séquence d'observation a mobilisé. Nous nous appuyons sur la classification du référentiel de compétences infirmières de 2009. Pour cela, les grilles d'observation ont été analysées individuellement et chaque activité recensée sur la grille a été codée de C1 à C10 en fonction des compétences majoritairement mobilisées dans cette activité. Certaines activités observées peuvent mobiliser jusqu'à 3 compétences dominantes.

Rappel des 10 compétences infirmières :

C1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

C2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers

C3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

C4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostiques et thérapeutiques

C5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

C6 : Communiquer et construire une relation dans un contexte de soins

C7 : Analyser la qualité et améliorer la pratique professionnelle

C8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

C9 : Organiser et coordonner les interventions soignantes

C10 : Informer, former des professionnels et des personnes en formation

S'agissant d'analyser des activités de travail, il aurait pu paraître opportun de coder nos données en fonction du référentiel d'activités infirmières réparties en 9 activités. Néanmoins, ce dernier est très peu connu et mobilisé en formation théorique comme clinique, au profit du référentiel de compétences sur lequel repose, entre-autre, la classification des enseignements et surtout l'évaluation de la formation clinique. Par ailleurs, nous souhaitons éviter les confusions de lecture notamment liées à l'asymétrie de la classification en 10 compétences et 9 activités pour lesquelles il n'existe pas de correspondance (par exemple l'activité 2 : Soins de confort et de bien-être, correspond à C3 et non à C2).

Après plusieurs lectures flottantes de chaque grille d'observation, nous avons codé toutes les activités recensées. Nous nous sommes basés sur notre expérience de soignant et notre connaissance du référentiel de compétences infirmières pour effectuer ce travail.

Les grilles d'observations ont été codées au fur et à mesure de l'avancée de l'enquête et dans les jours qui ont suivi chaque observation, afin d'avoir des souvenirs précis des situations de travail lors de cette étape. Une préanalyse avait été effectuée en août 2021 pour les observations de la première phase de l'enquête et l'analyse globale a été réalisée en mars 2022. A ce moment-là, toutes les grilles ont été reprises individuellement et certains éléments de codage ont pu être réajustés.

La compétence 6 étant transversale aux autres, en ce qu'elle est mobilisée lors de chaque activité où le soignant est en interaction avec le patient ou avec ses proches, c'est-à-dire la majorité du temps, nous avons fait le choix de ne la comptabiliser que lorsqu'elle était mobilisée dans un contexte de soin relationnel à part entière. Nous verrons que cette modalité de recensement constitue une limite en ce qu'elle sous-évalue largement la mobilisation de C6. D'un autre côté, lors du recueil de données, les activités s'enchaînaient à rythme si soutenu et contenaient tant d'informations, qu'il nous était impossible de prendre suffisamment de notes concernant la communication et l'abord relationnel afin de pouvoir quantifier C6 de manière précise et transversale.

Après avoir achevé le codage, nous avons procédé à une quantification de l'activité par IDE que nous avons synthétisée sous la forme de tableaux et de graphiques afin de pouvoir ultérieurement effectuer des comparaisons.

Concernant le repérage des situations potentielles d'apprentissage, nous avons procédé de la même manière que pour l'identification des compétences : lecture linéaire des grilles d'observation et recensement des situations permettant de mobiliser au moins un des grands concepts de SP : prévention, promotion de la santé, éducation, économie de la santé...

À l'issue de la pré analyse du mois d'août 2021, nous avons recensé parmi les 5 premières observations 27 situations potentielles d'apprentissage. Après relecture des grilles et lorsque nous avons souhaité les extraire individuellement pour les rédiger, nous nous sommes aperçus que certaines étaient, soit insuffisamment complexes pour être apprenantes, soit insuffisamment décrites pour être exploitées. Au final, nous avons codé 35 situations potentielles d'apprentissage issues des 10 observations et qui répondaient à ces 2 critères. Les situations ont

été codées en fonction de l'IDE observé (O) et de l'ordre d'apparition de la situation (S) dans le temps. Par exemple la première situation observée pour l'IDE 1 est codée O1S1.

7.1.1 Mobilisation des compétences infirmières dans l'activité

Le tableau 2 synthétise la mobilisation des compétences (en % de l'activité), dans l'activité des 10 IDE observés et en fonction des lieux d'exercice. Les compétences dominantes apparaissent en bleu et les principales similitudes ont été encadrées en rouge, nous l'analyserons tout au long de ce sous-chapitre.

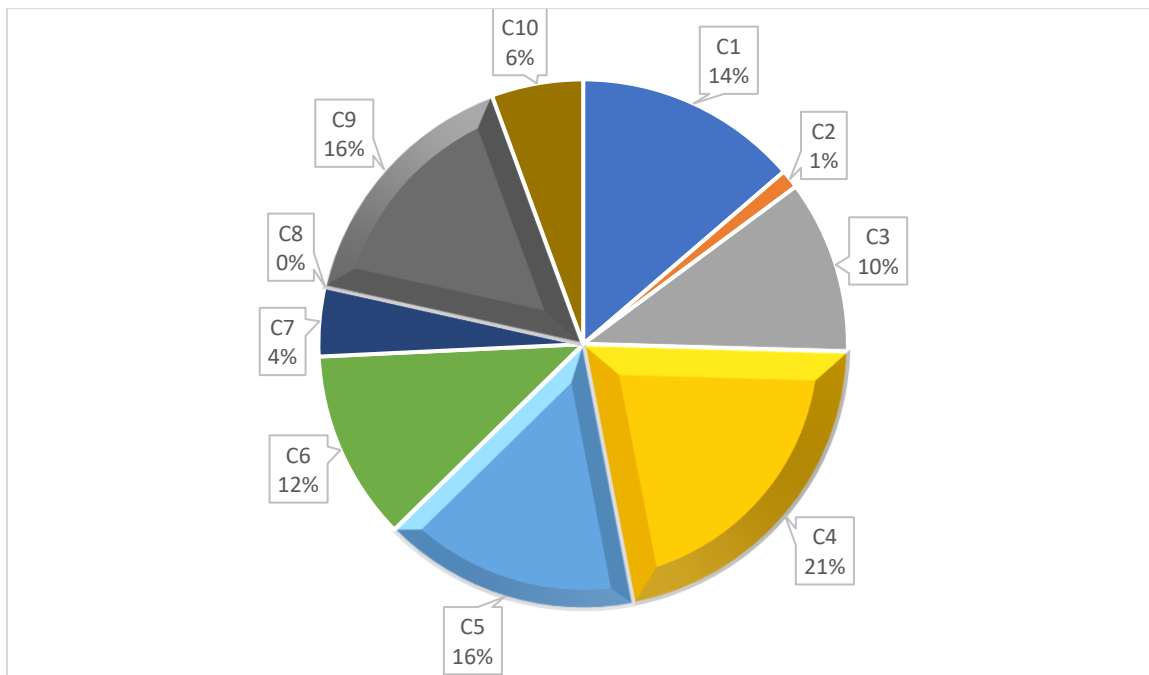
			C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
		Total	13,7 %	1,15 %	10,6 %	21,5 %	15,7 %	11,6 %	4,25 %	0%	15,9 %	5,6%
STRUCTURE	EHPAD	O1	6,3%	4,7%	1,6%	15,9 %	6,3%	11,1 %	6,3%	0%	39,7 %	7,9%
		O2	9,9%	4,4%	3,3%	24,2 %	4,4%	6,6%	0%	0%	17,5 %	29,7 %
	HOPITAL	O3	6,6%	0%	7,9%	21%	17,1 %	10,5 %	1,3%	0%	18,4 %	17,1 %
		O4	34,1 %	0,8%	0%	10,9 %	21,7 %	10,9 %	1,6%	0%	18,6 %	1,6%
		O5	13,5 %	0%	2,7%	24,3 %	20,2 %	10,8 %	6,7%	0%	21%	0%
AMBULATOIRE	SMUR	O9	21,1 %	0%	1,9%	11,5 %	11,5 %	7,7%	23%	0%	23%	0%
	DOMICILE	O6	14,6 %	0%	16,1 %	32,2 %	17,7 %	14,6 %	1,6%	0%	3,2%	0%
		O7	8,9%	0%	31%	26,7 %	13,3 %	13,3 %	0%	0%	6,8%	0%
		O8	8,9%	0%	22,7 %	26,7 %	18,8 %	12,9 %	2%	0%	8%	0%
		O10	13%	0,9%	18,5 %	21,3 %	26%	17,6 %	0%	0%	2,7%	0%

Tableau 2 : Mobilisation des 10 compétences dans l'activité infirmière

Légende :

Occurrence en rang 1	
Occurrence en rang 2	
Occurrence en rang 3	

Le graphique 1 représente l'occurrence en % de la mobilisation des 10 compétences infirmières dans l'activité, tous secteurs confondus (moyenne générale) :



Graphique 1 : Mobilisation des 10 compétences dans l'activité infirmière

Concernant les principales similitudes :

C4, la compétence en lien avec l'activité soumise à prescription médicale, essentiellement technique et curative est majoritairement mobilisée dans l'activité des IDE avec une moyenne de 21,5% de l'activité totale et une occurrence dans les rangs 1 à 3 pour 9 IDE/10. De même, C5, la compétence en lien avec les soins éducatifs et préventifs, reliée selon le référentiel de formation à la SP, apparaît en 3^{ème} position (15,7%), juste derrière C9, en lien avec la coordination des soins (15,9%) mais elle est dominante pour davantage d'IDE puisqu'elle apparaît dans les rangs 1 à 3 chez 8 IDE/10 contre 6 IDE/10 pour C9.

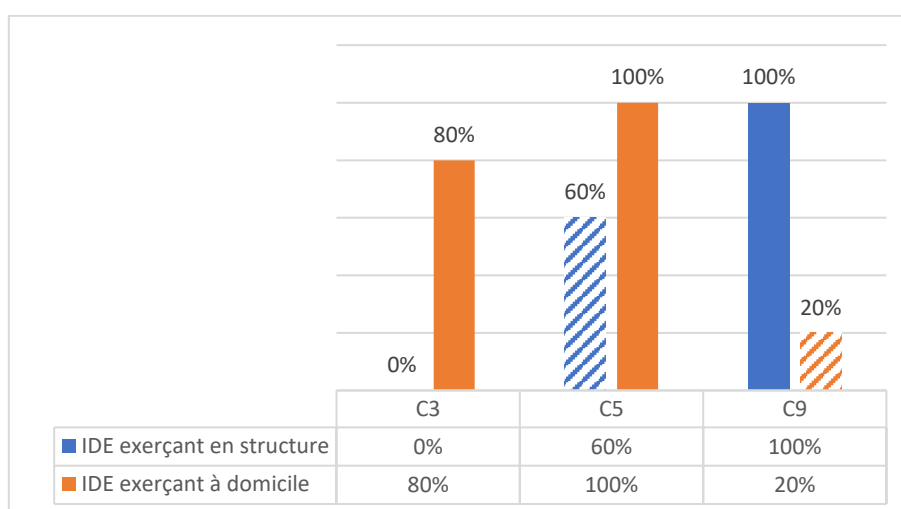
Parmi les autres similitudes générales, la faible mobilisation de C2, en lien avec l'élaboration du projet de soins (1,15%), C7 en lien avec l'analyse de la qualité (4,25%) et C8 en lien avec la recherche (0%). Concernant ces 3 compétences, les résultats sont à nuancer par les limites du recueil de données : C2, tout comme C1 en partie, sont des compétences dont la mobilisation est difficilement accessible à l'observation directe. En effet elles se manifestent dans des activités de raisonnement clinique et de prises de décisions impliquant des opérations mentales non visibles et nécessiteraient d'être mesurées par des techniques de mise en mots de l'activité telles que l'entretien d'explicitation ou l'auto-confrontation vidéo. En ce qui concerne C7 et C8, ce sont des compétences en lien indirect avec le soin dont on peut éventuellement mesurer l'efficacité ou la portée transversale en termes de qualité de travail ou de bonnes pratiques mais dont la mise en œuvre effective (dans des activités de type évaluation des pratiques,

participation à des groupes de travail, la formation continue ou les activités de recherche et de veille documentaire), n'est pas observable durant les activités de travail quotidiennes et habituelles. En effet, ce sont des activités qui ont généralement lieu en dehors des postes en service de soins : détachement ou temps personnel ou de manière plus diffuse sur des temps informels de pause. Nous remarquons à ce sujet que C7 apparaît comme majoritaire chez O9 exerçant au SMUR et ayant une activité intermittente qui laisse une plus grande place au travail informel, comme les échanges et la recherche d'information dans les salles de garde, et formel, comme les contrôles qualité ; nous y reviendrons lorsque nous analyserons la mobilisation de l'activité en détail pour chacun des IDE. Pour les autres IDE, nos observations n'ont pas inclus ce genre d'activités de détachement des soins.

Concernant la faible occurrence de la mobilisation de la compétence en communication et relation, C6, nous avons déjà nuancé nos résultats en faveur d'une large sous-estimation de sa mobilisation liée aux limites de la méthode de recueil d'information et à la transversalité de cette compétence. En effet, comme le souligneront les IDE lors des entretiens, les soins relèvent, la plupart du temps, de la globalité, et tout geste technique implique une posture relationnelle qui, si elle se développe avec l'expérience, ne peut réellement se quantifier, tant elle est imbriquée dans l'acte de soin. Tenter de la mesurer par l'observation aurait nécessité de ne se concentrer que sur C6, et de négliger les détails des situations qui ne sont pas en lien avec elle, ce qui n'était pas notre objectif.

Concernant les principales disparités :

Le graphique 2 compare l'occurrence d'apparition de C3, C9 et C5 en fonction des modes d'exercice :



Graphique 2 : Mobilisation de C3, C5 et C9 dans l'activité, en fonction des lieux d'exercice

Les compétences en lien avec les soins éducatifs et préventifs mobilisées de façon dominante dans l'activité

Les IDE exerçant à l'hôpital ont tous mobilisé C5 dans les rangs 1 à 3. Seuls les 2 IDE exerçant en EHPAD ne la mobilisent pas de façon dominante. Les IDE exerçant à domicile la mobilisent tous dans les rangs 1 à 3. La partie du graphique hachurée en bleu représente les IDE exerçant à l'hôpital, on peut donc en déduire qu'hors EHPAD, C5 est mobilisée de façon majoritaire dans l'activité de la totalité des IDE. Concernant la faible mobilisation de C5 en EHPAD, nous tenterons d'apporter une explication plus loin.

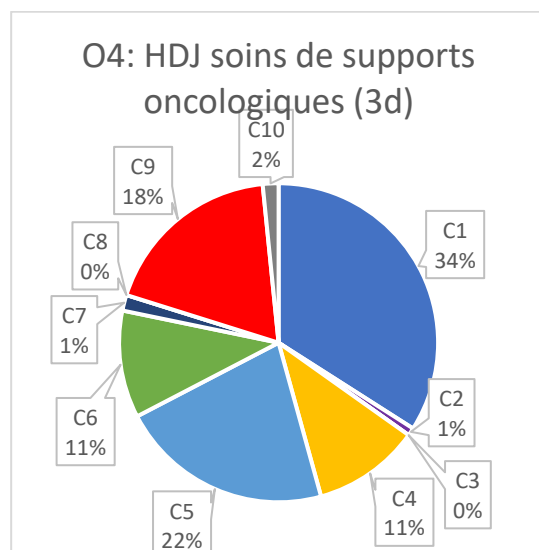
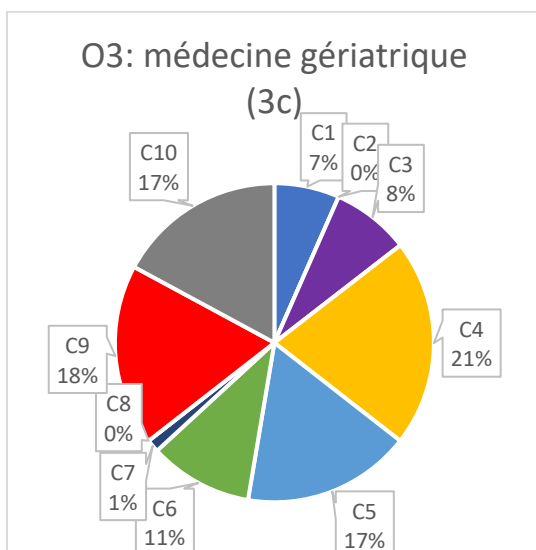
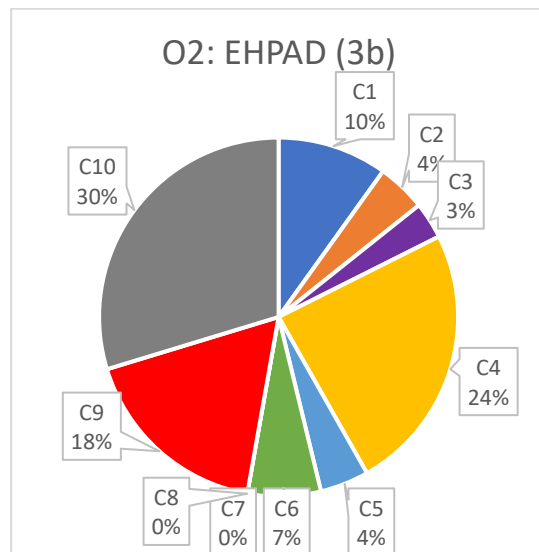
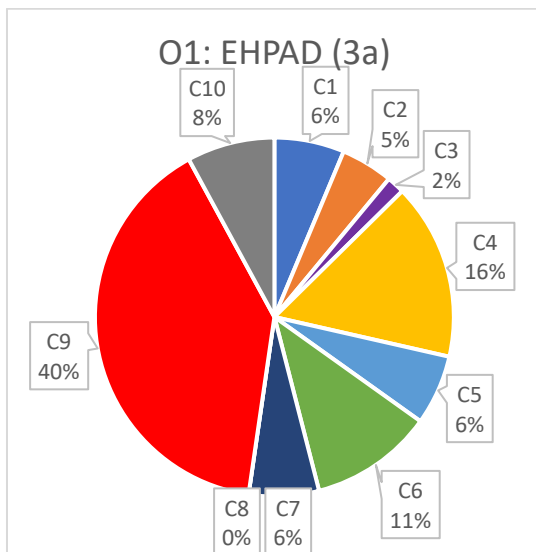
Les IDE exerçant à domicile mobilisent très peu C9 dans l'activité observée (compétence en lien avec les activités de coordination et de collaboration). Elle est absente des rangs 1 à 3 chez les 4 IDE exerçant en tant que libéraux tandis qu'elle est mobilisée dans les rangs 1 à 3 pour tous les IDE exerçant en structure ou au SMUR. La partie du graphique hachurée en orange correspond à la proportion représentée par O9 exerçant au SMUR. Nous ne pouvons néanmoins pas en déduire que les infirmiers libéraux ne mobilisent pas C9, en effet, les activités en lien avec cette compétence se mettent en œuvre en dehors des temps de tournées de soins que nous avons observées. Généralement, la planification, les aspects administratifs (cotation, facturation, suivi des paiements, gestion comptable du cabinet ...) et la coordination se réalisent sur des temps dédiés, lors de la coupure entre les tournées du matin et du soir. Nous n'avons pas assisté à ces temps, qui seraient dès lors, probablement consacrés à C9 à 100 %. C'est toutefois une particularité importante car, comme nous le verrons lors des entretiens, cela permet aux IDE de ne pas être perturbés par ces dimensions du travail et de se consacrer aux soins directs, contrairement aux IDE exerçant en structure, qui citent la lourdeur administrative du travail comme une limite à la qualité des prises en charge et à la mise en œuvre de leurs valeurs. Nous y reviendrons plus loin.

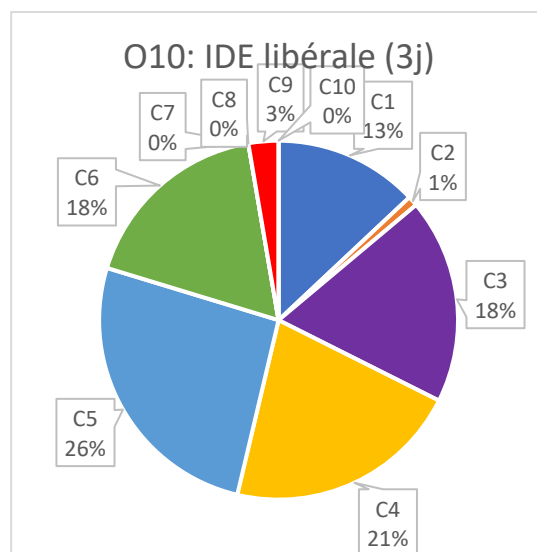
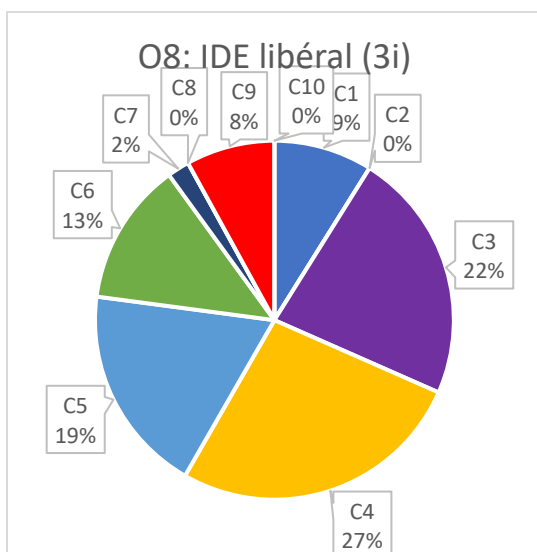
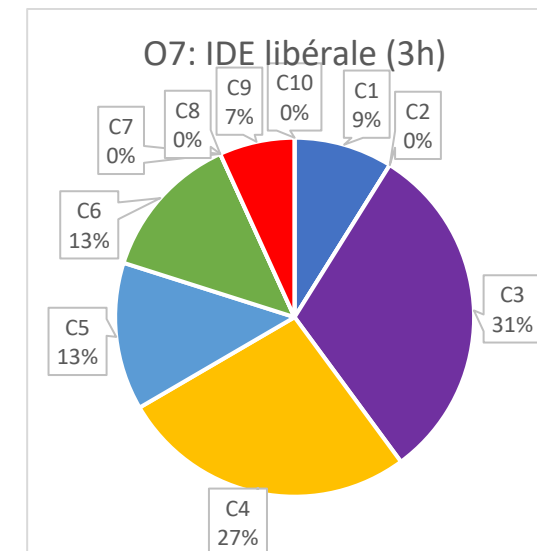
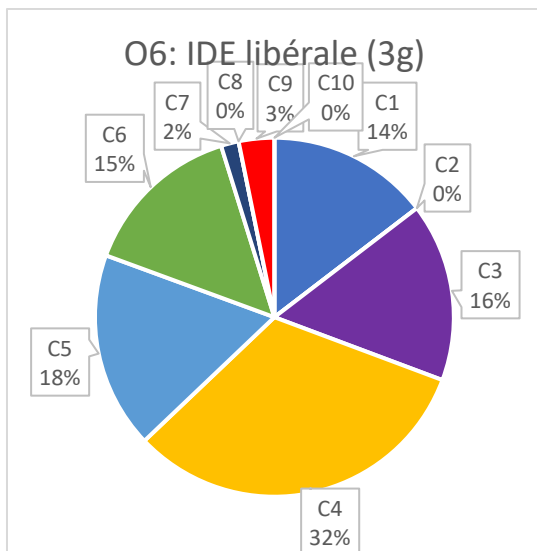
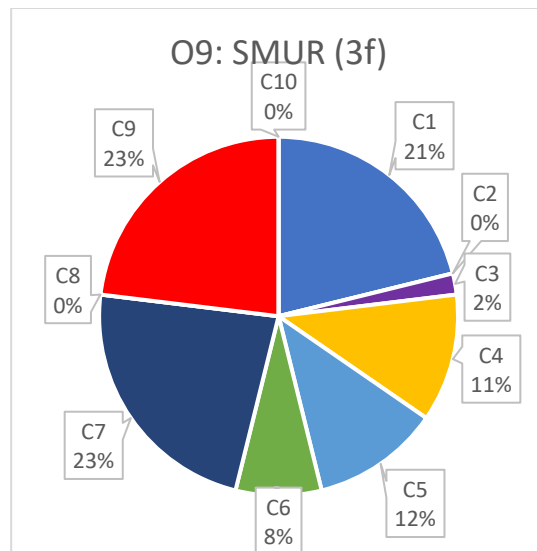
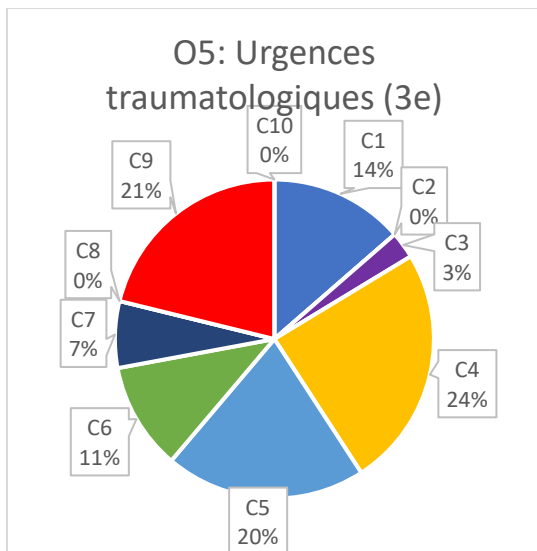
On s'aperçoit que les IDE exerçant à domicile mobilisent très fortement C3, en lien avec les soins de confort et de bien-être, tandis qu'elle l'est très peu au contraire, pour les IDE exerçant en structure et au SMUR. 80 % des IDE exerçant à domicile, dont 100% des IDE libéraux et aucun pour les IDE exerçant en structure. Paradoxalement, à domicile, et bien qu'ils relèvent du rôle propre IDE, les soins en lien avec C3, aides à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation... doivent faire l'objet d'une prescription médicale, afin de pouvoir être facturés. Dès lors, on peut faire le rapprochement avec la domination de C4 (soins sur prescription médicale en lien avec

les thérapeutiques) tous secteurs confondus : la prescription prévaut-elle sur le rôle propre dans les choix infirmiers ? Nous y reviendrons par la suite.

Concernant C10, en lien avec l'encadrement et la pédagogie, elle n'a pu être mesurée qu'en situation où des ESI étaient présents durant les observations, c'était le cas principalement pour O2 et O3, tuteurs durant les observations et d'O1 et O4 qui ne l'étaient pas mais travaillaient alors qu'un ESI était présent dans le service et sous la responsabilité d'un autre IDE.

Les graphiques 3a à 3j qui suivent, représentent la répartition de la mobilisation des compétences pour chacun des 10 IDE. Nous les avons classés en fonction de leurs similitudes.





Graphiques 3 (a à j) : Mobilisation des 10 compétences dans l'activité pour chacun des IDE observés

Comme le montrent les 4 derniers graphiques, l'activité semble plutôt uniforme pour les IDE libéraux, alors que pour les IDE exerçant en structure et au SMUR, il y a plus de disparités.

On peut néanmoins établir des similarités par secteurs d'activités parmi les IDE représentés par les 6 premiers graphiques :

O1, O2, et O3 ont une activité assez proche, elles exercent toutes 3 en secteur gériatrique. Seule la mobilisation de C5 distingue les secteurs EHPAD où elle est minoritaire et le secteur médecine gériatrique où elle est dominante. On peut l'expliquer par 2 éléments. D'une part, les résidents accueillis dans l'EHPAD enquêté étaient globalement plus âgés que les patients hospitalisés dans le service d'O3 et présentaient un état général très altéré en raison de la pandémie et de la canicule qui sévissaient à ce moment-là. La plupart d'entre eux était très grabataires et souffraient de troubles cognitifs ou étaient somnolents lors des passages infirmiers. Les soins éducatifs ne sont donc pas adaptés et la prévention est beaucoup plus transversale, elle relève du raisonnement clinique et du projet de soins. Dans les entretiens, E2 expliquera d'ailleurs que les soins préventifs sont mis en œuvre par les aides-soignants (tournées boisson pour prévenir la déshydratation, mobilisation passive et rotation des positions dans le lit pour prévenir les escarres...). Elle ne valorisera pas son rôle inobservable de coordination de cette prévention en revanche. En ce qui concerne O3, en médecine, pour la plupart des patients, un retour à domicile avec un objectif de maintien de l'autonomie était la plupart du temps envisagé, avec une pertinence accrue des soins éducatifs. D'autre part, on peut pointer la différence d'effectifs de patients par secteurs sous la responsabilité de l'IDE : en EHPAD, chaque IDE est responsable de tout un étage, tandis qu'en médecine, l'IDE est responsable d'une dizaine de patients, ce qui contraint les IDE d'EHPAD à faire des choix souvent au détriment des soins éducatifs. Dans les entretiens, E1 fera référence à cette limite de temps.

Concernant les 2 IDE d'EHPAD, on constate une forte prédominance de la mobilisation de C9, avec une nette surmobilisation pour O1 (40%). Il nous faut nuancer cette différence, dans la mesure où O2 était en situation d'encadrement continue et travaillait en binôme avec un ESI à qui elle a délégué, tout en le guidant, une certaine partie de l'activité d'organisation et de coordination. Elle expliquera d'ailleurs dans les entretiens, que cette partie des soins est une priorité pour l'encadrement. C'est aussi une compétence qu'elle valorise. Que ce soit pour O1 ou O2, la deuxième partie de la matinée de travail s'est déroulée au bureau infirmier et a consisté

en tâches administratives et de coordination (prises de RDV, organisation de transferts, d'examens, transmissions interprofessionnelles...).

On constate également des similitudes entre l'activité d'O4, O5 et O9 qui exercent respectivement en hôpital de jour de soins de support oncologique, aux urgences, et au SMUR. Ce sont 3 services où les temps d'hospitalisation ou de prise en charge sont très courts et où l'activité diagnostique est prédominante. Ainsi, C1 est mobilisée de façon majoritaire pour O4 et O9 (31% et 21%) et moyenne pour O5 (14%). Pour O4, chaque prise en charge a occasionné un entretien de recueil de données d'environ 1h. Nous constatons qu'il s'agit également de services où l'activité médicale d'examen clinique et d'anamnèse est très importante. On peut d'ores et déjà interroger l'influence des pratiques médicales sur celles des IDE mais nous verrons plus loin avec l'analyse des entretiens que cette activité de raisonnement clinique est également fortement valorisée par ces 3 IDE. Particulièrement concernant O4, c'est une activité qui est également valorisée par l'institution qui reconnaît les temps diagnostiques, éducatifs et relationnels du soin : O4 prend en charge de manière globale environ 5 patients/jour en moyenne. Il faut préciser que le paradigme des soins de support en oncologie vise à favoriser le bien-être du patient en proposant un accompagnement personnalisé et une gamme de soins complémentaires aux thérapies traditionnelles (chimiothérapies, radiothérapie, chirurgie) ... Les soins de supports peuvent être variés : psycho-oncologie, onco-diététique, socio-esthétique, ETP... Le principe de l'accueil de jour est de repérer les besoins en soins qu'ils soient éducatifs, psychologiques, sociaux... et de coordonner leur mise en œuvre de manière à apporter des réponses et soulager les patients et leurs proches des démarches d'orientation. Pour O4 et O5, C5, en lien avec les soins éducatifs et préventifs est dominante : on peut également l'expliquer par les délais de prise en charge très courts qui imposent de condenser le maximum d'informations qui seraient ailleurs disséminées tout au long de l'hospitalisation. Pour O4, et comme il l'expliquera dans les entretiens, les traitements en oncologie sont très lourds et entraînent une altération du bien-être qui doit être dépistée et prévenue avec la participation active du patient et de ses proches, d'où une approche éducative très développée dans son service. Pour O5, il s'agit d'expliquer les traitements mis en place dans l'urgence et d'informer les patients ou leurs proches des précautions à prendre pour éviter les complications post-traumatiques. Concernant nos observations, chaque prise en charge a occasionné un temps éducatif même s'il était souvent parallèle aux soins techniques (pansement, pose de plâtre...).

On constate également une mobilisation plus importante de C7 chez O9 où elle prédomine (23%) mais aussi chez O5 où elle est faiblement mais significativement présente (7%, vs 4,25%

en moyenne). On peut l'expliquer par des pratiques normées dans ces unités : dans le service d'urgences d'O5, chaque semaine ou de façon quotidienne, un certain nombre de tâches de contrôle qualité doivent être effectuées selon protocole et tracées sur une fiche de suivi (contrôle des lecteurs de glycémies capillaires, contrôle du fonctionnement des différents appareils de monitoring, remplissage des box et des tiroirs...). Ces tâches sont effectuées de manière disséminée sur la journée de travail, lorsque l'activité de soins est en attente (patient en examen radiologique, attente de visite ou de décision médicale...). Pour O9, dont l'activité est de type « garde », l'activité de soin est encore plus intermittente, à titre d'exemple ; lors de l'observation, il y a eu 2 interventions de soins d'1h à 1h30 chacune sur une journée de garde de 12h. Durant les temps de garde à l'hôpital, l'IDE du SMUR est donc en charge d'un certain nombre de tâches de type contrôles : contrôle des sacs et trousse d'urgences, des véhicules, du fonctionnement des différents appareillages et dispositifs de secours, réassort et commandes de matériel et consommables... En salle de garde, nous avons constaté que les professionnels échangeaient beaucoup sur les pratiques et les moyens de les améliorer. Nous avons assisté par exemple à un long échange entre O9 et son cadre au sujet de certaines difficultés avec un nouveau dispositif de mesure biologique. Durant l'observation sur le temps de garde, nous avons également observé O9 explorer des catalogues de matériel médical pour remplacer certains matériaux désuets ou usagers. Ici encore les normes institutionnelles et l'activité prescrite au sens large semblent influencer les pratiques infirmières.

7.1.2 Situations potentielles d'apprentissage

35 situations potentielles d'apprentissage ont été identifiées au cours des observations. Le tableau 3 synthétise le nombre de situations repérées pour chaque IDE.

	<i>EHPAD</i>		<i>HOPITAL</i>			<i>DOMICILE</i>				
	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10
<i>Situations</i>	2	1	4	2	4	4	4	7	2	5

Tableau 3 : *Quantité de situations d'apprentissage repérées pour chaque IDE observé*

Le nombre de situations repérées par observation va de 1 à 7 et au moins une a été identifiée pour chacun des secteurs d'activité. Nous observons d'emblée que les observations au domicile (hors SMUR) ont permis d'identifier davantage de situations (22 situations vs 13 en structure) mais ces différences ne sont pas très significatives. Notons d'une part, que les durées

d'observation ont été variables et que pour O8 ou O10, elles ont duré environ 7h contre 4h à 4h30 pour les autres IDE ce qui a permis d'assister à davantage de soins pouvant représenter des situations potentielles de développement. Il faut également préciser que pour les IDE exerçant à domicile, les temps de trajet en voiture ou véhicule d'urgence pour le SMUR, permettaient une présentation synthétique de chaque personne chez laquelle nous nous rendions et donc de recueillir des informations favorables à leur sélection dans un second temps. Pour les IDE exerçant en structure, ces temps étaient plus irréguliers et en ce qui concerne les 2 IDE exerçant en EHPAD, ils étaient impossibles car les soins directs aux patients se sont enchaînés à un rythme très rapide, occasionnant peu d'échanges autour des différents projets de soins. D'autre part, concernant O9, l'observation a duré 12h mais n'a occasionné que 2 interventions sur le temps de garde. Nous avons programmé un deuxième temps d'observation au SMUR en janvier 2022 mais elle n'a pas occasionné d'intervention du tout. Concernant O1 et O2, à l'issue de la première préanalyse en août 2021, nous avons identifié davantage de situations, mais nous avons remarqué, dans un 2^{ème} temps, qu'elles n'étaient pas suffisamment complexes pour être transformées en situations apprenantes : nous avons trop peu de détails concernant les résidents, leurs traitements, leurs pathologies ou histoires de vie... pour pouvoir les soumettre en analyse à nos ESI. Des liens pouvaient tout de même être établis entre de nombreuses activités des 2 IDE observées et la SP.

Nous avons classé dans le tableau 4, les situations apprenantes identifiées, en 5 thèmes dont le premier, que nous avons appelé prise en soins globale, regroupe plus de la moitié des situations. Il correspond en très grande majorité à des situations observées à domicile (16 situations/17). Le deuxième thème des situations est la prévention, il correspond exclusivement à des situations observées en structures (7 situations). Le troisième thème, conseil-éducation apparaît 7 fois sans grandes disparités selon les modes d'exercice, si ce n'est qu'il n'apparaît pas pour les IDE exerçant en EHPAD. Le quatrième thème est la promotion de la santé et de l'autonomie qui apparaît dans 2 situations, aussi bien observées en structure et à domicile. Enfin, le dernier thème, prise en charge pluriprofessionnelle de l'urgence à domicile, apparaît de façon très logique uniquement chez l'IDE exerçant au SMUR.

<i>Thématique des situations</i>	<i>EHPAD</i>		<i>HOPITAL</i>			<i>DOMICILE</i>					<i>Total</i>
	<i>O1</i>	<i>O2</i>	<i>O3</i>	<i>O4</i>	<i>O5</i>	<i>O6</i>	<i>O7</i>	<i>O8</i>	<i>O9</i>	<i>O10</i>	
<i>Prise en soins globale</i>				1		3	3	5		5	17
<i>Prévention</i>	2		4	1							7
<i>Conseil-éducation</i>					4	1	1	1			7
<i>Promotion de la santé et de l'autonomie</i>		1						1			2
<i>Prise en charge pluriprofessionnelle de l'urgence à domicile</i>									2		2

Tableau 4 : Thématiques des situations repérées pour chaque IDE observé

Les situations dans leur intégralité sont détaillées en annexe 2, p. III – XXXVII. En annexe 3, p. XXXVIII - XLVII, nous présentons un résumé de chacune des situations et les concepts associés qui nous ont permis de les sélectionner et de les classer (tableaux 5a à 5j). Elles sont présentées par IDE observé.

Rappel des critères de sélection des situations :

- Être suffisamment complexes pour pouvoir croiser plusieurs éléments de la situation avec des éléments conceptuels enseignés durant la formation académique
- Permettre de mobiliser au moins un des concepts centraux en lien avec la SP : épidémiologie, prévention, promotion de la santé, éducation, santé globale ou prise en soins globale

Toutes les situations permettent d'établir des liens et de mobiliser les concepts ou thèmes de SP suivants :

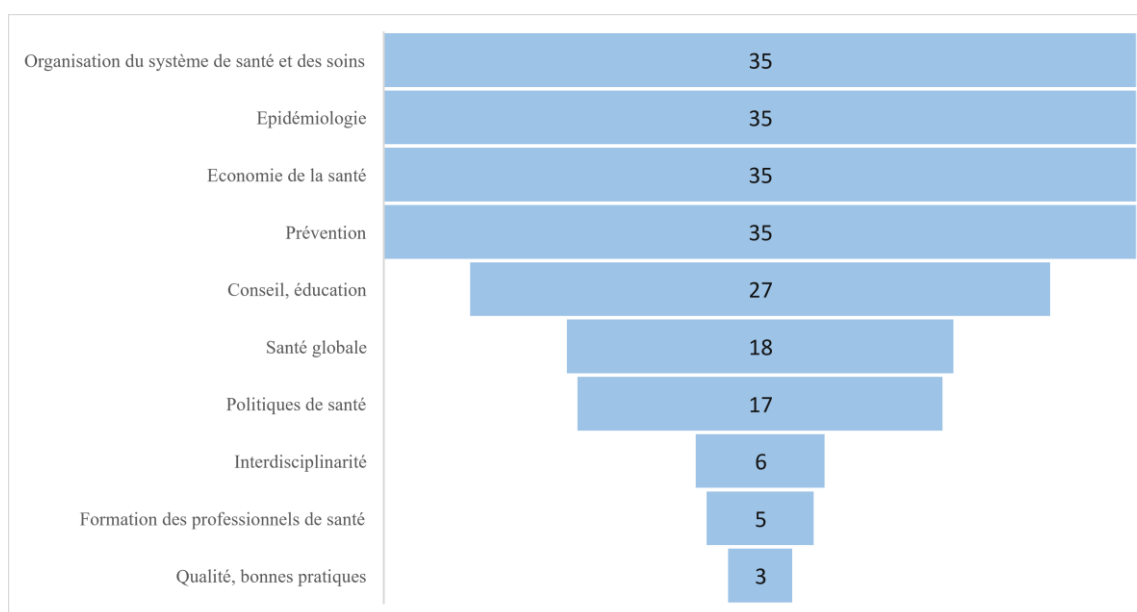
- L'organisation du système de santé et des soins : mission des établissements de soins et des structures ambulatoires
- L'épidémiologie
- L'économie de la santé et/ou la dimension économique de la santé et des soins et/ou de la prévention
- Prévention (primaire, secondaire, tertiaire ou quaternaire)

Le tableau 6 montre l'occurrence des autres concepts de SP mobilisables dans les situations :

Concepts	Nombre de situations mobilisant le concept
Conseil, éducation	27
Santé globale	18
Politiques de santé	17
Interdisciplinarité, coordination, réseaux	6
Formation des professionnels de la santé	5
Qualité, bonnes pratiques	3

Tableau 6 : Autres concepts de SP mobilisables dans l'analyse des situations

Le graphique 4 suivant, synthétise l'occurrence de l'ensemble des éléments théoriques en lien avec la SP mobilisables parmi les 35 situations.



Graphique 4 : Quantité de situations mobilisant les concepts et éléments théoriques de SP

7.2 Analyse des données issues des entretiens

Pour analyser les données issues des entretiens, nous avons appliqué la méthodologie d'analyse de contenu en 5 phases (Bardin, 2013):

Phase 1 : Pré analyse

Elle a consisté en plusieurs lectures flottantes des différents verbatims, avec prises de notes et commentaires : c'est la phase intuitive de ce travail, elle a permis de se construire une idée

générale des tendances et de suggérer des impressions ou des éléments de compréhension préliminaires qui ont été transcrits de manière empirique en marge des différents verbatims.

Phase 2 : Identification des thèmes et sous thèmes

Elle a consisté à catégoriser le discours en thèmes et sous thèmes : au cours de cette phase, nous avons attribué des « titres thématiques » ou des mots clés à chaque fragment de discours significatif pour échafauder une ossature thématique qui sera le support de l'étape suivante.

Phase 3 : Tri à plat

Lors de cette phase, nous avons regroupé et synthétisé les différentes catégories dans un tableau catégoriel pour avoir une vision globale des points de vue et repérer des éléments d'occurrence significatifs. Cela nous a permis de construire un plan thématique d'analyse.

Phase 4 : L'analyse thématique

Lors de cette phase, nous avons mis en lien et quantifié les similitudes, les divergences, ou encore des exceptions pour chaque catégorie et en fonction des secteurs d'activité. Nous avons ensuite, synthétisé ces éléments d'analyse brute dans des tableaux dont nous avons extrait certains graphiques pour obtenir plus de visibilité.

Phase 5 : L'inférence et l'interprétation

Il s'agit de déduire des « conclusions » en croisant les données quantitatives avec les données qualitatives, de donner du sens au discours dans une perspective globale... Pour cela, nous avons mis en lien les données discursives avec les données sociodémographiques et les résultats issus des observations.

Les 2 premières phases de cette analyse de contenu ont été réalisées en 2 temps : d'abord au mois d'août 2021, après la première période d'enquête qui concernait les 5 IDE exerçant en structure et ensuite, au mois de janvier 2022 après la deuxième période d'enquête auprès des 5 IDE exerçant à domicile.

À l'issue du premier temps de préanalyse, nous avons pu identifier 7 thèmes principaux : 1/conceptions professionnelles, 2/valeurs professionnelles, 3/représentations professionnelles, 4/ formation infirmière et formation en SP, 5/mobilisation dans la pratique, des connaissances en SP, 6/retour sur les observations et 7/réflexivité de l'enquête.

Ces thèmes ont été, eux même, organisés en sous thèmes. Nous avons procédé ensuite, à une première catégorisation que nous avons synthétisée sous la forme d'un tableau que nous avons complété lors du deuxième temps.

À l'issue du deuxième temps de pré analyse, nous avons retrouvé les mêmes thèmes principaux, mais quelques sous-thèmes supplémentaires sont apparus. En procédant à la deuxième catégorisation nous avons regroupé les thèmes 4 et 5, et intégré à notre recensement catégoriel les nouveaux sous thèmes issus de la deuxième période d'enquête.

Au final, nous avons obtenu un plan d'analyse découpé en 6 thèmes et 11 sous thèmes :

1/ Les conceptions professionnelles : 3 sous thèmes

- Conceptions de la santé
- Conceptions du soin
- Conceptions de la compétence infirmière

2/ Les valeurs professionnelles

3/ Les représentations professionnelles : 2 sous thèmes

- Les représentations en lien avec la SP
- Les représentations en lien avec l'économie de la santé

4/ Les perceptions de la formation infirmière : 4 sous thèmes

- Point de vue sur la formation en général
- Point de vue sur la formation en SP
- Intérêt et utilité de la SP pour la pratique professionnelle
- Pratiques d'encadrement en SP et situations potentielles d'apprentissage

5/ Retour sur les observations : 2 sous thèmes

- Repérage spontané des situations potentielles d'apprentissage
- Réactions aux propositions du chercheur

6/ La réflexivité pour l'apprentissage de la SP

Le tableau catégoriel qui synthétise l'organisation du tri à plat est joint en annexe 4, p. XLVIII – LVI.

Sur la base de notre tableau catégoriel, nous avons ensuite construit pour chacune d'entre elles, des tableaux permettant de comparer les données en fonction des modes et lieux d'exercice, la plupart de ces tableaux est présenté à la suite.

Puis, pour la dernière phase d'analyse, nous avons interprété les données catégorisées en suivant de façon progressive notre plan thématique.

Concernant les 5 premiers thèmes, notre analyse a été relativement linéaire puisque les thèmes correspondaient de façon assez logique à l'ordre des questions qui structure le guide d'entretien, bien que cet enchaînement ait pu être différent selon les IDE enquêtés.

L'analyse du dernier thème est plus transversale et a nécessité une prise de recul et une nouvelle phase de lecture singularisée des verbatims qui a permis de mettre en évidence d'autres pistes d'analyse.

Au mois de juin 2022, nous avons évalué notre analyse au regard des 3 critères de validité en recherche qualitative : exhaustivité, exclusivité, pertinence.

Concernant l'exhaustivité, nous avons repris tous nos verbatims de travail où ont été surlignés les éléments de texte catégorisés pour identifier d'éventuels fragments inexploités. Si certains extraits non catégorisés nous sont apparus parfois plutôt pertinents pour illustrer notre analyse, aucune nouvelle catégorie n'a été identifiée. Ces extraits ont été ajoutés à notre tableau catégoriel et certains ont été cités dans notre analyse, parfois en remplacement d'autres qui nous ont semblés moins « parlant » en comparaison.

Concernant l'exclusivité, nous avons vérifié de potentielles redondances de citations d'extraits ou de catégorisations au niveau du tri à plat. Il est apparu que nous avons catégorisé quelquefois de mêmes extraits de texte pour les thématiques des conceptions et des valeurs professionnelles. S'est alors posée la question de la pertinence de notre classement, pour 2 catégories très proches, voire confondues : les valeurs inspirent et imprègnent les conceptions de soins à tel point qu'il était parfois difficile de les distinguer, d'autant que lors des 5 premiers entretiens, nous n'avions pas interrogé directement les valeurs. Après avoir redécoupé certains extraits ou opté pour l'une ou l'autre catégorie redondante, nous avons finalement choisi de regrouper les thèmes 1, *les conceptions professionnelles* et 2, *les valeurs professionnelles*. Notre analyse en 5 points est présentée à la suite.

7.2.1 Les conceptions et valeurs professionnelles

Des difficultés perceptibles pour verbaliser les conceptions professionnelles

D'une manière générale, les IDE interviewés ont eu du mal à mettre en mots leurs conceptions de la santé, on remarque des hésitations, et un besoin de reformulation ou d'encouragements de la part du chercheur. 6 IDE/10 ont rencontré une difficulté au départ, dont 4 IDE/5 au cours des entretiens de la première phase. Parmi ces 4 IDE, 3 ont rencontré le même obstacle pour donner une définition du soin, contrairement aux IDE rencontrés au cours de la deuxième phase. Certains semblaient être mal à l'aise, ils ont parfois exprimé la crainte d'être maladroit où la gêne de ne plus se souvenir des définitions apprises en formation initiale. E3 et E5 expriment clairement cette difficulté : « *Euh, oh ben là, j'arriverai pas à la définir, euh... ben la santé...* » (E5, 1.22) ou, « *bbbbbb là ça devient difficile... (rires)... le soin ?* » (E3 1.29).

E1, E2 et E4 quant à eux cherchent à se remémorer la définition de l'OMS qui leur a été enseignée à l'IFSI : « *La santé... alors, euh, c'est pas seulement l'absence de maladie, faut que je me rappelle de euh... (rires)... de la définition de l'OMS...* » (E2, 1.18-19). Ils sont tous 3 issus des promotions ayant suivi le référentiel de formation de 2009, ils sont aussi parmi les IDE les plus jeunes du panel (respectivement 26, 29 et 38 ans, pour une moyenne générale de 39 ans), d'ailleurs E1 admet, en citant la définition de la santé de l'OMS : « *j'étais un peu formatée là-dessus* (E1, 1.28-29). Concernant le soin, E1 dit d'abord « *alors, euh, hum hum, cours de première année... rires...* » (E1, 1.35). Si son discours montre clairement que le soin n'est pas qu'un simple acte relevant du *cure*, le *care* est beaucoup plus difficile à mettre en mots « *le soin, c'est euh... d'une part un acte, mais c'est un acte complet, enfin, c'est pas un acte comme on l'a vu ce matin, un acte dans ma tablette où je vais cocher, j'veux dire où on peut le tarifer... (rires)... c'est euh... un acte global* (E1, 1.38 à 40) ». On relève la même difficulté chez E4.

Après les entretiens de la première phase, et pour éviter que les IDE ne soient troublés dès le début des entretiens, nous avons donc modifié légèrement le guide d'interview et avons retiré le terme « définition ». Les IDE enquêtés lors de la deuxième phase ont alors été invités à proposer des mots clés, des idées qui leur venaient à l'esprit..., lorsqu'était évoquée la santé ou le soin, plutôt que des définitions. Ils ont rencontré beaucoup moins de difficultés à formuler leurs conceptions. Dès lors, les résultats montrent que les IDE exerçant à domicile rencontrent moins de difficultés à mettre en mots la santé (1 IDE/4) par rapport aux IDE exerçant en

structure (5 IDE/6). Il en va de même pour le soin (aucun pour le domicile et 3 IDE/5 en structure). Nous pensons que ces différences n'auraient pas été observées si les questions avaient été posées de la même manière pour les 2 phases de l'enquête. D'autre part, l'analyse des verbatims de la première phase montre que les questions de relance et les reformulations, la mise en confiance... ont, in fine, permis d'obtenir des éléments de définition aussi riches que pour les entretiens de la deuxième phase.

Enfin, E8 et E9 quant à eux, donnent une définition du soin pour exprimer leurs conceptions de la santé ; ils l'entendent au sens du domaine professionnel qu'elle représente : « *Comment on pourrait définir ça, c'est euh.... Euh.... Essayer de définir, ben... la santé c'est soigner quand on est malade, prévenir pour éviter de tomber malade, essayer de rester en forme le plus longtemps possible et autonome le plus longtemps possible ...* » (E8, 1.50 à 1.52). Ils sont tous 2 issus d'anciens programmes de formation, plus axés sur le paradigme du soin que sur celui de la santé, notamment dans ses dimensions collective, sociale, économique... Pour E6, issue du nouveau référentiel de formation, la santé « *c'est aussi un métier* » (E6, 1.16).

7.2.1.1 Les conceptions de la santé

Des conceptions de la santé en harmonie avec les dimensions holistes incarnées par la SP

D'une manière générale, les conceptions de la santé des IDE sont assez proches de la définition qu'en donne l'OMS. Elles sont donc tout à fait en adéquation avec l'esprit SP qui considère la santé au sens large et dans toutes ses dimensions physique, psychologique, sociale, spirituelle... C'est alors une vision plutôt globale de la santé qui prédomine parmi les conceptions professionnelles de 7 IDE/10 : « *la santé, ce n'est pas quelque chose de uniquement somatique, c'est quelque chose de global, c'est être bien dans sa tête, bien dans son corps, bien dans son milieu social surtout... enfin, c'est un ensemble complexe...* » (E1, 1.30 à 32) ; c'est, « *la possibilité de répondre à tous ses besoins* » (E2, 1.22). Pour E9, « *les finances, ça participe* » (E9, 1.25).

Le tableau 7 suivant, montre la répartition des conceptions IDE, selon leur orientation globale ou biomédicale et selon les modes d'exercice :

	<i>STRUCTURES</i>					<i>DOMICILE</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Vision globale de la santé</i>	X	X	X	X			X		X	X
<i>Vision biomédicale de la santé</i>					X	X				

Tableau 7 : Conceptions de la santé

On n'observe pas vraiment de différence de point de vue selon le lieu d'exercice : parmi les 7 IDE exprimant une vision globale de la santé, 4/5 exercent à l'hôpital ou en EHPAD et 3/5 à domicile. 2 IDE/10 font référence à un état d'équilibre, à « *l'adéquation entre le cerveau et le corps* » (E9, 1.25) ou à « *une harmonie de toutes ces dimensions* » (E4, 1.38-39). E2, E3 et E10 font référence à la possibilité de répondre à ses propres besoins fondamentaux, aussi bien physiques que psychologiques. Ainsi, la santé, c'est « *la possibilité pour le patient de continuer à vivre sa vie quotidienne en adéquation avec ses valeurs, avec ses besoins* » (E10, 1.38-39), ou de « *réaliser tout ce qu'on veut* » (E3, 1.24). E2 a une conception plutôt *Canguilhemienne* de la santé, elle dit c'est « *avoir la capacité de répondre à ses besoins, pouvoir gérer ses besoins, pouvoir pallier si on a des dépendances, pouvoir y pallier soi-même...* » (E2, 1.23-24).

Un IDE précise que la santé, « *c'est précieux pour tout le monde* » (E4, 1.33) tandis qu'une IDE mentionne sa dimension individuelle : « *surtout c'est propre à chacun en fait, parce que y'en a qui se sentiront en santé, enfin ça dépend des critères de chacun...* » (E1, 1.32-33).

Seules 2 IDE/10 (E5 et E6) proposent une définition évoquant une conception biomédicale de la santé : « *si on n'a pas de maladie, on est en bonne santé* » (E5, 1.25). Ici également, nous ne notons pas d'écart significatif entre les différents modes d'exercice. E5 qui travaille dans un service d'urgences du service public, comme E6, qui exerce à domicile en tant qu'infirmière libérale, considèrent que la santé se caractérise par l'absence de maladie. Concernant E5, nous avons d'abord pensé que sa conception était influencée par le domaine très technique et médicalisé des urgences mais ni la suite de l'entretien, ni sa confrontation avec la grille d'observation ne vont confirmer cette hypothèse. En effet nous verrons que si le rôle prescrit est dominant dans l'activité des services d'urgence, comme dans la majorité des secteurs, tant hospitaliers qu'ambulatoires, E5 accorde une grande partie de son temps à des activités à visée éducative et a une vision très globale dans ses prises en charge. Concernant E6, nous verrons que, si sa définition de la santé est plutôt restreinte à l'absence de maladie, sa définition du soin, quant à elle, va davantage vers une conception globale avec une prise en considération de toutes les dimensions de la santé. La confrontation du verbatim à la grille d'observation va le

confirmer. En effet, nous supposons que lorsque E6 exprime sa vision de la santé - « *En fait t'as des fumeurs qui ont pas de pathologie associée, qui n'ont pas de problème d'artères, de cholestérol, de choses comme ça... en fait ils sont en bonne santé. Ils ont certes des risques mais ils sont pas en mauvaise santé. Une personne en situation d'handicap peut être en bonne santé malgré son handicap* » (E6, 1.26 à 29) - elle veut surtout insister sur le fait qu'une maladie chronique, une infirmité, ou une vulnérabilité ... ne constituent pas forcément une altération du bien-être. Dans le même sens, elle fait également référence à l'obésité, souvent empreinte de stéréotypes. Nous remarquerons par la suite que, c'est finalement une vision très globale de la santé qui est incarnée par E6 dans sa pratique, même si son discours propose une vision biomédicale.

Nous n'avons pas catégorisé E8 parmi les IDE ayant une conception globale de la santé, car il ne fournit pas une définition permettant de le faire, mais le reste de l'entretien ainsi que sa conception du soin, que nous aborderons au prochain chapitre, confrontés à l'observation, montreront de manière moins directe qu'il rejoint la conception dominante en faveur d'une prise en compte holiste de la santé.

Finalement, le modèle biomédical semble exercer une influence très limitée sur les conceptions de la santé et tous les IDE prennent en considération, dans leurs pratiques quotidiennes, la plupart des dimensions multiples de la santé. En effet, seule, la dimension collective de la santé n'est abordée par aucun IDE à ce stade de l'entretien.

7.2.1.2 Les conceptions du soin

Des conceptions en faveur d'une considération holiste des besoins des personnes prises en soin

Concernant les conceptions du soin, elles sont très majoritairement en faveur d'une prise en charge globale, volontiers nommée *prise en soin*. Elles intègrent les dimensions holistes de la santé et entendent le bien-être au sens large. En effet, 9 IDE/10 considèrent le soin comme une intention professionnelle qui va bien au-delà de la sphère physique, « *la suppléance à un problème de santé à un instant T qui peut -être aussi bien émotionnel, psychologique, physique... social également... pour moi y'a une dimension psychosociale importante...* » (E10, 1.52 à 54).

Le tableau 8 illustre la répartition des conceptions du soin selon qu'elles soient globales ou curatives et en fonction des IDE et de leur mode d'exercice.

	<i>STRUCTURES</i>					<i>DOMICILE</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Vision globale du soin</i>	X	X	X	X		X	X	X	X	X
<i>Vision curative du soin</i>					X					

Tableau 8 : Conceptions du soin

La majorité des IDE distinguent les soins de types techniques des soins de type relationnels et éducatifs mais tous concluent que c'est un ensemble complexe souvent bidirectionnel. Selon E4, « lors d'un soin on peut avoir différents aspects de soins [...]. Si j'suis là pour faire un soin complet, j'peux faire du psychologique, et du coup y'aura 2 soins qui vont être prodigués en même temps voilà, c'est ça » (E4, 1.50 à 52). Il est à noter que E4 exerce dans une unité de soins de supports en oncologie, la pluridimensionnalité du bien-être étant la base même de la définition de ce type de soins. En effet, de l'anglais *supportive care*, les soins de supports sont définis par l'AFSOS (association française de soins oncologiques de supports), comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves ». Pour E1, c'est « tous les à-côtés qu'on peut rajouter dans un moment avec un patient, enfin euh... [...], c'est aussi la présence ...» (E1, 1.42 à 45).

4 IDE/10 font référence à la dimension éducative du soin, ils exercent tous les 4 à domicile : « on soigne des plaies mais on peut aussi expliquer une chose... comme les personnes diabétiques, les informer des régimes alimentaires, des médicaments qu'ils prennent... » (E6, 1.36 à 38). E9 donne l'exemple des soins éducatifs prodigués aux urgences où elle a exercé plusieurs années avant d'intégrer le SMUR : « par exemple le plâtre, des explications qui vont permettre au patient d'être autonome quand on n'est pas là. ... » (E9, 1.31 à 33). En effet, c'est ce que nous avons observé avec E5, qui a réalisé plusieurs prises en charge de fractures avec une grande part de la prise en soins accordée aux informations et conseils apportés aux enfants et à leurs parents. 3 IDE/10 font directement référence à la dimension relationnelle du soin : 2 exercent à domicile et E4 qui travaille en service d'oncologie cite l'exemple d'une situation vécue dans la matinée, lors de la période d'observation et où un entretien d'accueil et de recueil de données cliniques s'est transformé en un entretien d'aide et de réconfort (04S2). E6 quant à

elle, considère que l'écoute est à la fois un soin à part entière, mais aussi un moyen d'évaluer les situations pour proposer des interventions adaptées. Elle est à la fois une fin et un moyen : *« écouter c'est aussi un soin, parce que y'a des gens qui ont des pathologies psy, des dépressions, ben pour eux, ça fait partie du soin aussi... et puis euh souvent en écoutant on arrive aussi à cibler des choses que les gens n'ont pas compris ou mal compris, selon comment ils disent les choses, ça permet de réajuster après... »* (E6, 1.42 à 45).

Enfin, pour une majorité d'IDE (7/10), le soin vise à pallier un déficit, une dépendance momentanée ou définitive, qu'elle soit physique, psychologique, intellectuelle ou sociale... Il s'agit d'une forme de *« suppléance »* (E10, 1.50), de *« répondre aux besoins autour d'un geste »* (E1, 1.45), finalement de *« pallier à une perte, une perte d'autonomie, une perte de fonction, etc... venir pallier à un dysfonctionnement, chez les patients, chez les résidents... »* (E2, 1. 29-30). Il n'y a pas de différence à relever de ce point de vue en regard des modes d'exercice.

Une seule IDE fait allusion à la dimension curative du soin. Il s'agit de E5 qui exerce aux urgences. Pour elle, le soin est *« un acte qui permet de... d'améliorer la santé, voilà, enfin d'aller vers un état de bonne santé »* (E5, 1.27-28), elle considère qu'un passage aux urgences implique la prise en charge d'un état pathologique urgent qui consiste à traiter l'origine du problème : *« Aux urgences, y'a un motif de consultation et après, y'a normalement un diagnostic qui est posé, et euh... j'me dis qu'à partir du moment où un diagnostic est posé, on peut essayer de traiter la cause, la cause du mal être ... »* (E5, 1.31 à 34). E5 reconnaît que parfois les origines du problème ne se trouvent pas dans la sphère somatique mais que la mission du service d'urgences est plutôt de prendre en charge le volet diagnostic et immédiat du problème. Les problèmes qui peuvent avoir une origine psychosociale sont davantage délégués aux services traditionnels qui suivent les patients atteints de pathologies chroniques. Elle donne l'exemple des services d'addictologie vers lesquels les patients consultant aux urgences pour traumatismes ou mise en danger de soi, liés à un état d'ébriété ou un alcoolisme chronique sont redirigés en post-urgences. Elle remarque toutefois que ces patients reviennent de manière régulière malgré les soins qui leur sont proposés et admet qu'elle se pose beaucoup de questions concernant l'efficacité de ces prises en charge. Elle dit admirer le personnel qui exerce en addictologie et qui parvient à avoir la patience nécessaire, *« Faut avoir la foi [...] aux urgences, on n'a plus trop foi en l'éducation du patient »* (en ce qui concerne les addictions) » (E5, 1. 134 – 1.110-111).

Enfin, concernant les conceptions de la santé et du soin, nous n'avons identifié aucune différence en regard des genres : E4 et E8, de genre masculin ont des conceptions plutôt globales de la santé et du soin, comme une majorité féminine des IDE enquêtés, tandis qu'on retrouve des traces de conceptions bio médicale de la santé et curative du soin chez E5 et E6, de genre féminin.

7.2.1.3 Les conceptions de la compétence infirmière

Des conceptions qui varient en fonction des lieux et des modes d'exercice et qui ne reflètent pas toujours les compétences mobilisées en majorité dans l'activité observable et observée lors de l'enquête.

7 compétences ont été valorisées dans le discours des IDE. Les compétences infirmières du référentiel de 2009 n'ont pas été citées en tant que telles, les IDE les connaissent assez peu, nous y reviendrons plus tard. Nous avons toutefois établi des correspondances présentées dans le tableau 9 et qui synthétise les conceptions de la compétence infirmière des IDE en fonction de leur lieu de travail.

Compétences infirmières valorisées dans le discours	Structures (hors EHPAD)	Domicile	EHPAD
Bonnes pratiques, connaissances mises à jour et qualité (C7 : « analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle »)	0	5	0
Observation clinique (C1 : « évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier »)	2	2	1
Réflexivité et interroger le sens des soins (C7)	2	2	0
Savoir être, savoir communiquer (C6 : « communiquer et construire une relation dans un contexte de soins »)	0	4	0
Coordination, organisation, planification et sens des priorités (C9 : « organiser et coordonner les interventions soignantes »)	0	1	2
Fiabilité, honnêteté, transparence (C7)	0	3	0
Compétences pédagogiques (C10 : « informer, former des professionnels et des personnes en formation »)	0	1	0

Tableau 9 : Conceptions de la compétence infirmière

Malgré une faible significativité du fait de l'effectif réduit, cette mise à plat permet d'identifier très rapidement des variations de conceptions selon les modes d'exercice. Elle permet par ailleurs de constater qu'hormis C9, qui concerne l'organisation et la coordination, les

compétences majoritairement valorisées dans l'activité observée, C4, C5 et C3 pour les IDE libéraux, ne se retrouvent pas du tout dans le discours des IDE (respectivement en lien avec les soins prescrits, les soins éducatifs et les soins de nursing). En revanche, les IDE valorisent verbalement des compétences très peu observables ou du moins dont la mobilisation est difficilement quantifiable dans l'activité au cours de l'enquête (C7 et C1).

Tout d'abord, tous les IDE exerçant à domicile estiment que la compétence infirmière se caractérise d'abord par des pratiques fondées sur des connaissances et des techniques probantes et régulièrement mises à jour par la formation et la recherche d'informations. On peut rapprocher cette compétence de C7 et C8 (en lien avec la recherche). Pour E8, par exemple, il est important de se maintenir à jour en regard des connaissances et des nouvelles techniques, de « *rester à flot* » (E8, 1.42). Il explique que les IDE exerçant à domicile sont régulièrement démarchés par des organismes de formation. Il trouve cela très riche et important, car cela permet aussi de rencontrer des pairs mais il regrette que les 2 dernières années, les formations se soient tenues « *derrière l'écran* » (E8, 1.47). Pour E10, la formation continue est très importante, « *je suis convaincue, qu'il est nécessaire de nous former en permanence et de réactualiser nos connaissances en permanence, de manière à pouvoir... toujours proposer aux patients la meilleure qualité de prise en charge* » (E10, 1.30 à 32). Elle précise « *On n'a pas une obligation de résultats mais on a une obligation de moyens* » (E10, 1.122-123). Il s'agit de travailler « *dans les règles de bonnes pratiques* » (E10, 1.116). Elle-même formateur occasionnel, E10 dit *militer* pour l'actualisation des connaissances lors des formations qu'elle dispense. Elle déplore que, si les aides pour accéder à la formation continue pour les IDE libéraux sont variées, trop peu encore y ont recours. Enfin, elle se dit favorable à un contrôle de la formation et des bonnes pratiques pour les IDE à domicile dans le cadre de labélisations par des organismes de certification externe, comme on le pratique pour les établissements de soins « *les cabinets vont devoir s'inscrire dans une démarche qualité, être certifiés, justifier de leur formation, de leur type de prise en charge, de leur logiciel de cotation, de leur dossier de soins et c'est une excellente chose* » (E10 1.415 à 417). On peut se demander si le fait d'exercer de manière autonome, sans la protection institutionnelle que représente l'hôpital influence cette exigence au regard des responsabilités portées par un professionnel exerçant en libéral.

Selon E9, cette actualisation des connaissances passe par une nécessaire curiosité professionnelle, elle implique d'avoir une culture de la pluriprofessionnalité et un positionnement professionnel : « *la théorie faut qu'tu connaittes et après faut qu'ta curiosité fasse son travail faut que tu cherches les infos, que tu entendes quand y'a un médecin extérieur*

qui vient, un chir. qui vient faire une consultation dans les services, voilà, donner un avis, faut aller avec, faut écouter ce qu'il explique, ce qu'il dit et ça voilà c'est de l'investissement personnel » (E9, 1.296 à 300). D'après elle, pour pouvoir réaliser des soins éducatifs et être dans une démarche de SP, il faut avoir soi-même les connaissances pour les transmettre. Elle regrette que cela ne soit pas toujours le cas des étudiants, davantage attirés par les aspects techniques des soins, nous en reparlerons. Elle constate aussi que de plus en plus d'étudiants sont entrés en formation par intérêt en lien avec un secteur porteur d'emploi et non par réelle motivation, impliquant selon elle, une curiosité limitée.

En ce qui concerne E7, les bonnes pratiques en termes d'hygiène et de respect de la pudeur et de l'intimité sont primordiales dans l'exercice à domicile où les soins de nursing sont prévalents et où « *on rentre chez lui* » (E7, 1.54).

Aucun des IDE exerçant en structure de soins n'a, en revanche, évoqué cet aspect de la compétence infirmière.

Parmi les autres spécificités liées à l'exercice infirmier à domicile, le savoir être et les compétences en communication sont valorisées par 4 IDE/5. C6 s'exprime alors dans le rapport aux patients comme dans celui aux collaborateurs. Pour E8, il s'agit d'abord d'être sympathique, « *c'est déjà pas drôle d'être malade alors si tu tombes sur une porte de prison, pas sympa...* » (E8, 1.70-71). De même, pour E7, « *c'est une compétence en communication [...] la communication, ça passe souvent avant tout, ... si on s'entend bien avec les patients et qu'il y a un bon feeling ça se passe bien* » (E7, 1. 46-47-56). Pour E9 et E10, ce savoir être s'applique aussi aux collègues et à l'équipe pluriprofessionnelle : « *être correct avec ses collègues, respecter ses collègues [...] par rapport aux patients, par rapport aux familles, faut qu'il reste correct, le respect, la dignité* » (E9, 1. 49 à 51) ou « *j'attends beaucoup de communication, une certaine envie d'échanger à propos des patients [...] en fait le soin relationnel prend une grosse part dans ma pratique quotidienne et je pense pas qu'on puisse se faire l'économie notamment de transmissions orales quand on veut vraiment assurer une qualité relationnelle comme je le souhaiterais avec les patients* » (E10 1.118 à 129).

Là non plus, aucun IDE exerçant en structure de soins n'a valorisé cette compétence dans son discours.

Un troisième constat peut être fait concernant le cas particulier des IDE exerçant à domicile : 3 d'entre eux valorisent une compétence plus transversale qui concerne également une forme de savoir être mais davantage portée sur l'honnêteté et la fiabilité professionnelle. Aucun IDE

exerçant en structure ne cite cette compétence. Pour E7, il s'agit d'« *une transparence sur ce qu'il s'est passé, qu'il soit honnête avec moi et par rapport aux patients, pouvoir compter sur lui, savoir que le travail était bien fait* » (E7, 1.49-50). E9 insiste beaucoup sur l'importance de l'honnêteté intellectuelle, elle estime qu'on ne peut pas tout savoir mais que l'admettre et chercher de l'aide auprès des collègues relève justement de la compétence : « *faut pas mentir, si tu sais pas, tu sais pas ... si t'as fait une bourde, tu l'dis...* » (E9, 1.62). Lors d'une conversation hors enregistrement, E9, qui exerce au SMUR confie d'ailleurs, qu'il est extrêmement important de pouvoir compter sur le professionnalisme des collaborateurs dans la gestion de l'urgence : selon elle, chacun doit trouver instinctivement et rapidement sa place et son rôle et avoir la sécurité que les autres fassent leur part du travail de la meilleure manière qui soit. Il en va de la sécurité de tous. Elle explique par exemple que dans le cas des déplacements, il est primordial d'avoir confiance en son collègue conducteur du véhicule d'urgence.

Nous pouvons ensuite remarquer que C9, la compétence en lien avec l'organisation, la planification et la coordination des interventions n'est valorisée que par 3 IDE/10 tandis qu'elle était majoritairement mobilisée dans l'activité des IDE lors des observations en structure. 2 d'entre eux exercent en EHPAD où C9 était aussi mobilisée en tête dans les observations. Pour E1 et E2, il s'agit donc surtout de savoir établir des priorités et de planifier son travail en fonction : « *l'infirmier parfait, sait s'organiser, l'infirmier parfait sait qu'il ne pourra pas tout faire... (rires)... c'est pas un super héros...* » (E1, 1.196 à 198). E2 précise « *la collaboration aussi avec les AS, c'est primordial pour la journée, l'organisation, la planification... sur les soins, c'est ce qui donne le, comment dire... c'est ce qui va donner l'impulsion pour la journée, pour que ça se déroule le mieux possible* » (E2, 1.209 à 211). En effet, lors des observations, nous avons pu constater que les journées de travail démarraient par, d'une part les transmissions inter équipes de nuit et de jour, mais aussi par un temps de répartition et de coordination des activités de la matinée et qui étaient animés par les IDE. Nous avons à cette occasion, constaté que ces temps étaient marqués par certaines tensions et conféraient aux IDE un rôle de management pour lequel ils n'étaient pas forcément prêts et/ou volontaires. E1 évoquera cette difficulté en aparté et hors enregistrement à la suite d'une altercation entre 2 agents dont nous avons été témoins en tout début de poste et d'observation. Elle y fera également allusion lorsque nous évoquerons la question des freins à la mise en œuvre des valeurs professionnelles et en fin d'entretien, nous y reviendrons plus loin. Les observations avaient montré que C9 était aussi fortement mobilisée et évaluée dans les pratiques d'encadrement : pour les 2 IDE

d'EHPAD, il est très important de former les ESI à cette compétence dès le début de la formation. E2 explique : « *la priorisation, la planification, ça je l'ai dès le début, dès qu'ils arrivent... pour qu'ils comprennent... que c'est la base, c'est-à-dire, ils ont un étage, euh... un étage attitré, ils vont lire prioritairement les transmissions de l'étage, les RDV de l'étage etc. [...] je leur laisse la tablette, je leur laisse la planification des soins de la journée et... je leur demande à ce qu'ils gèrent par priorités etc.* » (E2, 1.225 à 230). Pour E2, exercer en tant qu'aide-soignant en parallèle de sa formation infirmière contribue au développement de C9, « *on apprend à s'organiser* » (E2, 1.248). Cette importance accordée à C9 pour les IDE exerçant en EHPAD peut s'expliquer par le nombre de patients et la quantité de soins à effectuer sur la journée de travail : ils impliquent une organisation et une priorisation pertinentes pour *faire ce qui est à faire*. La compétence 9 est aussi valorisée dans le discours d'E9 qui exerce au SMUR : « *si t'es pas organisé, même si t'es un très bon technicien, t'y arrives pas* » (E9, 1.58-59).

En revanche, les IDE exerçant en service hospitalier et en libéral ne valorisent pas cette compétence dans leur discours.

4 IDE/10 ont ensuite cité la capacité à interroger le sens des soins et à avoir une posture réflexive comme élément fondamental de la compétence infirmière. Nous pouvons relier cette compétence transversale de manière plus spécifique à C7, compétence par ailleurs très peu observée en cours d'enquête. Parmi eux, 2 exercent en structure hospitalière et 2 à domicile, on ne peut donc pas établir de différences de conceptions selon les lieux d'exercice. La nature des prises en charge selon les services pourraient néanmoins être explorées : en effet, E4, E5 et E9 exercent dans des services où l'activité de raisonnement clinique est la base des prises en charge : que ce soit en hôpital de jour de soins de supports, aux urgences ou au SMUR, les prises en charge sont courtes, il faut recueillir un maximum de données, être capable de formuler rapidement des hypothèses diagnostiques et mettre en œuvre ou coordonner sur des délais très courts les actions pour résoudre les problèmes de santé. Dès lors, l'activité d'analyse de situation qui requiert des capacités à transférer des savoirs d'expérience pour résoudre rapidement et de façon pertinente les problèmes nouveaux est fortement mobilisée et semble-t-il valorisée dans le discours. E4 dit, « *pour moi c'est le plus important, qu'il sache pourquoi il fait telle chose, pourquoi il surveille telle surveillance, tel soin... pourquoi il fait tel lien... les liens entre toutes les données entre elles, pour moi, c'est le plus important,* » (E4, 1.146 à 149) et E5 « *qu'il réfléchisse au pourquoi et qu'il puisse expliquer justement dans des mots simples au patient. C'est savoir faire des gestes mais pas bêtement pas juste 'hop' on a l'ordonnance, on a la prescription, on prépare le médicament, on l'injecte. C'est réaliser l'acte mais on a*

l'objectif, on sait s'il est atteint » (E5, 1.148 à 151). Tous deux insistent sur le fait de ne pas faire « *purement, bêtement ce qui est prescrit* » (E4, 1.146). Pour E10, exerçant à domicile dans le cadre d'une activité libérale, « *ce qui est rédhibitoire chez moi, c'est quelqu'un qui va faire pour faire mais sans se poser de questions* » (E10, 1.110-111). Nous avons déjà vu que pour E10 la mise à jour des connaissances et les pratiques référées à la science étaient gage de qualité.

Parmi les autres compétences fortement valorisées dans le discours alors que très peu dans l'activité observable, on retrouve C1, la capacité à observer de manière globale pour pouvoir établir un jugement clinique pertinent et répondre de manière adaptée aux besoins des personnes. Pour cette compétence, il n'y a pas non plus de différences significatives selon les lieux d'exercice : 2 IDE/5 la citant, exercent en structure (E1 et E3) et 2 IDE/5 à domicile (E6 et E8 tous 2 libéraux). On ne peut pas non plus établir de liens avec l'âge ou le genre des IDE : E1 et E3 ont respectivement 26 et 55 ans et E6 et E8, 34 et 51 ans. On compte 3 femmes pour 1 homme, soit à peu de choses près le rapport homme/femme du panel. Pour E3, exerçant en service de médecine, l'élément de base de la compétence infirmière est donc l'observation clinique : en pénétrant dans une chambre de patient, il faut avoir un regard large sur les situations pour pouvoir analyser et répondre aux besoins, elle regrette que les aspects techniques prennent trop souvent la seule place dans l'intérêt porté aux situations par les ESI. Ils n'observent pas assez l'environnement du patient, elle explique : « *on rentre dans la chambre, on met l'antibiotique mais on n'a pas vu que la sonde urinaire était entortillée dans la chausse, que le patient avait des selles partout, qu'il n'avait plus à boire, qu'il avait renversé son verre etc. et quand on sort de la chambre on dit bon c'est bon il va bien, la perf est posée* » (E3, 1.186 à 190). Pour E6, cette compétence passe aussi par l'écoute et l'attention portée au patient, « *quelqu'un qui est à l'écoute, qui arrive à détecter des choses qui sont anormales par rapport à la santé du patient ou son comportement* » (E6, 1.86-87).

Enfin, concernant les conceptions de la compétence infirmière, seule E6, infirmière libérale fait référence à la pédagogie. Selon elle, un infirmier compétent se doit de transmettre son savoir aux étudiants et soignants débutants. Elle relate certaines expériences où les tuteurs de stages n'étaient pas motivés et ne se positionnaient pas dans une logique de transmission « *les infirmiers ils connaissent plein de choses d'expérience et ils retiennent des infos qui seraient intéressantes pour les étudiants [...], y'en a plein comme ça qui t'expliquent pas... ça prend du temps... [...], ils gardent leur savoir pour eux... c'est dommage...* » (E6, 1.101 à 104). E9 fait également référence à ce problème en fin d'entretien : « *y'a trop de profils qui sont pas fait pour encadrer, ils viennent là, comme à l'usine, et tout ce côté humain est rayé...* » (E9, 1.454

à 455), elle invite les étudiants à les entrevoir comme des contre-modèles : « *il faut pas que tu deviennes celle-là* » (E9, l. 451)

Pour terminer avec les conceptions de la compétence infirmière, on constate que ni C4, en lien notamment avec l'administration de thérapeutiques et le rôle prescrit, la compétence globalement majoritaire dans l'activité observée – ni la compétence 5 en lien avec les soins éducatifs et qui arrivait en 2^{ème} position dans l'activité observée – ni la compétence 3 en lien avec les soins de nursing, qui était importante dans les observations chez les infirmiers libéraux n'ont été valorisées directement. Les activités en lien avec le rôle prescrit seraient même plutôt relativisées dans la compétence. Nous verrons plus loin, que plusieurs IDE trouvent que l'aspect technique des soins est trop valorisé par les ESI alors qu'il s'agit de la partie de la compétence infirmière la plus facile à acquérir. Par ailleurs plusieurs IDE ont souligné que le plus important n'était pas de réaliser la prescription médicale mais d'en comprendre le sens pour pouvoir réaliser toutes les autres activités qui relèvent, elles, du rôle propre : surveillance de l'efficacité des traitements, surveillance des effets secondaires, surveillance de l'état clinique... Ce constat concorde avec les conceptions de la santé et du soin précédemment abordées et où nous avons déjà mis en évidence une faible influence de la logique biomédicale. Si l'activité des médecins influence encore l'activité des soins en ce qu'elle détermine une partie des actes par la prescription, ces tâches ne sont pas valorisées par les infirmiers.

Concernant C5 et C3, nous retrouvons quelques éléments dispersés dans le discours, notamment lorsqu'ils abordent les conceptions du soin ou lorsque nous parlons des valeurs mais aucun infirmier n'y fait directement référence s'agissant de leurs conceptions de la compétence infirmière.

7.2.1.4 Les valeurs professionnelles

Cette partie de l'analyse portant sur les valeurs professionnelles comporte une certaine subjectivité mais il nous a semblé intéressant de la développer malgré la prudence que nous conserverons pour l'interprétation. En effet, lors des entretiens de la première phase, la question des valeurs n'avait pas été directement abordée, mais lors de leur pré analyse au mois d'août 2021, nous avons mis en évidence quelques éléments permettant de les déceler dans le discours et avons trouvé qu'elles étaient intéressantes à mettre en lien avec notre sujet d'étude. Nous étions aussi influencés par les échanges informels lors des périodes d'observation où nous avons remarqué que le terme réflexivité, par exemple, était particulièrement mobilisé dans le discours des IDE et nous avons dès lors, l'intuition qu'elle avait beaucoup d'importance à leurs

yeux. Pour vérifier cette intuition, nous avons alors modifié notre guide d'entretien pour ceux de la 2^{ème} phase et avons posé la question directement aux infirmiers enquêtés en leur demandant de citer 3 valeurs professionnelles fondamentales pour eux.

De ce fait, nous avons plus de données concernant les valeurs pour les infirmiers exerçant à domicile que pour ceux exerçant en structures, mais compte tenu du biais méthodologique, cela ne peut pas être significatif dans une logique comparative.

Le tableau 10 synthétise toutes les valeurs professionnelles que nous avons identifiées (citées ou évoquées) dans le discours des IDE enquêtés et par ordre décroissant d'occurrence générale.

	<i>EHPAD</i>		<i>HÔPITAL</i>			<i>DOMICILE ET SMUR</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Réflexivité</i>	6	X	X	X	X	X				X
<i>Ecoute</i>	5		X	X		X				X
<i>Honnêteté</i>	5		X		X		X	X	X	
<i>Respect</i>	3		X				X		X	
<i>Accompagnement</i>	3			X		X			X	
<i>Qualité</i>	3	X					X			X
<i>Equipe</i>	2	X							X	
<i>Sympathie</i>	2					X		X		
<i>Empathie</i>	2					X				X
<i>Humilité</i>	2		X						X	
<i>Adaptabilité</i>	2	X							X	
<i>Bienveillance</i>	2		X							X
<i>Compétence</i>	2		X							X
<i>Humanité</i>	1		X							
<i>Engagement</i>	1	X								
<i>Ethique</i>	1						X			
<i>Confidentialité</i>	1						X			
<i>Compassion</i>	1							X		
<i>Fiabilité</i>	1							X		

Tableau 10 : Valeurs professionnelles

Des valeurs humaines et éthiques qui reflètent l'esprit santé publique

Les 3 valeurs les plus fréquemment évoquées ou citées, sont la réflexivité (6 IDE/10), l'écoute et l'honnêteté (5 IDE/10 chacun).

La réflexivité

Concernant la réflexivité, les résultats sont également à nuancer et notamment son rang en première position, car le terme a peu été utilisé en tant que tel. Seuls E4 et E10 y font référence plusieurs fois, lorsqu'ils abordent notamment la question de la formation infirmière. Pour les entretiens de la 2^{ème} phase, où la question a été posée directement, aucun IDE ne la cite à ce moment-là de l'entretien. Pourtant, les échanges informels que nous avons eus avec les différents IDE ainsi que les situations d'encadrement auxquelles nous avons assisté pour E1, E2 et E3 nous ont permis d'identifier de manière empirique une grande importance accordée à la réflexivité dans la posture professionnelle, comme dans les méthodes pédagogiques mobilisées lors de l'enseignement clinique. Aussi pour pouvoir référencer cette valeur, nous avons procédé à une lecture linéaire de chaque verbatim pour relever des traces de définitions ou de mots associés (réfléchir, se poser des questions, analyser...).

Nous constatons une plus grande occurrence de cette valeur parmi les IDE exerçant en structure (4 IDE/5) par rapport à ceux exerçant à domicile (2 IDE/5). Pour autant nous avons relevé des éléments en sa faveur comme valeur essentielle, chez la plupart des IDE lors des temps d'observation ; d'autre part, la méthode que nous avons utilisée pour repérer cette valeur est subjective et nous avons choisi de ne pas interpréter cette différence.

Concernant la réflexivité, E10 y fait référence comme un moyen de se servir de ces expériences pour construire et maintenir ses compétences, selon elle, les IDE novices ne peuvent pas avoir toutes les connaissances nécessaires, mais c'est leur capacité à analyser les actions et les savoirs mobilisés ou manquants qui permet de construire de nouveaux savoirs empiriques et de s'adapter aux situations. « *Je pars du principe que le DE c'est un permis de conduire...* » (E10, l.186). Elle trouve que les ESI issus de la réforme de 2009 sont bien préparés à cet exercice.

L'écoute et l'honnêteté

Concernant l'écoute, si on ne peut pas vraiment établir de différences entre les modes d'exercices (2 IDE/5 en structures vs 2 IDE/5 à domicile), on peut toutefois interroger la question de l'âge des IDE. En effet, il semblerait que les IDE ayant cité l'écoute comme valeur professionnelle, soient un peu plus âgés : moyenne d'âge de 43 ans pour ceux ayant cité l'écoute, contre une moyenne d'âge de 36 ans pour ceux ne l'ayant pas citée (moyenne d'âge

du panel, 39 ans). 1 IDE de genre masculin la cite, ce n'est donc pas une valeur que l'on peut considérer comme féminine. Si l'écoute n'est pas l'apanage féminin, se peut-il que l'expérience développe des valeurs liées au care ? Concernant l'occurrence de l'honnêteté comme valeur fondamentale : elle apparaît également plus fréquemment chez les IDE les plus âgés (moyenne d'âge 43,6 ans), on peut se poser la même question relative à l'expérience.

Pour les autres valeurs citées moins fréquemment, et en termes d'écart selon le mode d'exercice, nous n'avons pas vraiment identifié d'éléments significatifs, hormis la présence des valeurs *sympathie* et *empathie* exclusivement citées chez les IDE exerçant à domicile (2 x chacune). On peut se demander si le contexte des soins à domicile, où les prises en charge s'étalent parfois sur plusieurs années et peuvent durer plusieurs heures quotidiennes n'expliquent pas une certaine importance accordée à ces 2 valeurs. Notons qu'à domicile, les patients sont parfois assimilés à des clients.

Etant donné le grand nombre de valeurs citées ou évoquées (19 au total) et afin de croiser plus facilement les regards et de repérer des similitudes ou des différences selon les données socio-démographiques, nous avons classé ces valeurs en 3 grandes familles :

- Les valeurs relevant du *care*
- Les valeurs relevant du professionnalisme
- Les valeurs relevant de la déontologie professionnelle

Chacune des 3 valeurs les plus fréquemment citées ou évoquées appartient à l'une de ces 3 familles.

Les valeurs relevant du care	Les valeurs relevant du professionnalisme	Les valeurs relevant de la déontologie professionnelle
Écoute, respect, accompagnement, sympathie, empathie, bienveillance, humanité, compassion	Réflexivité , adaptabilité, compétence, engagement	Honnêteté , qualité, équipe, humilité, éthique, confidentialité, fiabilité

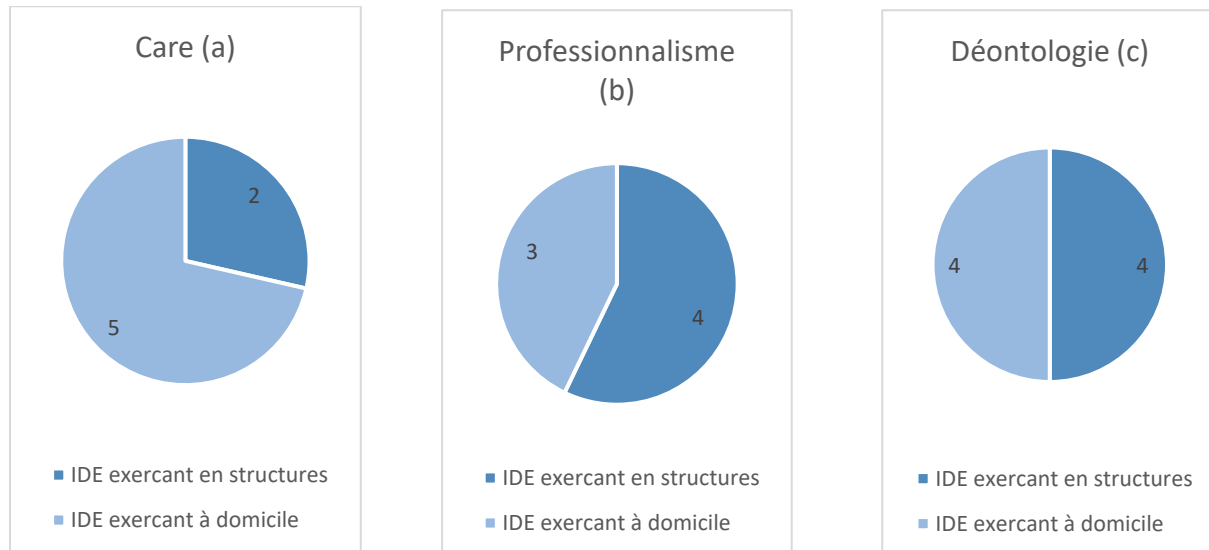
Le tableau 11 synthétise la répartition, au sein des 3 grandes familles, des valeurs citées par les IDE en fonction de leurs modes d'exercices :

	<i>EHPAD</i>					<i>DOMICILE + SMUR</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Care</i>			3x	2x		4x	1x	3x	2x	2x
<i>Professionalisme</i>	2x	1x	3x	1x	1x	1x			1x	3x
<i>Déontologie professionnelle</i>	1x	1x	1x		1x		4x	2x	3x	1x

Tableau 11 : Répartition des familles de valeurs selon le mode d'exercice

Comme le montrent les graphiques 5, il semblerait que les IDE exerçant à domicile expriment davantage des valeurs appartenant à la famille de celles relevant du care. Ils proposent tous au moins une valeur de cette famille. Parmi les IDE exerçant en structure, seuls 2 IDE proposent des valeurs en lien avec le care. Il s'agit de E3 et E4, exerçant en services de médecine interne et d'oncologie. Notons qu'à domicile, les soins de nursing, traditionnellement associés au care sont prévalents alors qu'ils sont très rares au cours des observations en structure.

Concernant les 2 autres familles, les résultats sont plus homogènes selon les modes d'exercice.



Graphiques 5 (a,b,c) : Répartition selon les modes d'exercice pour chaque famille de valeurs

Concernant les valeurs en lien avec le care, notons que, les 2 hommes du panel ont cité des valeurs en lien avec cette famille. Le care en général ne semble donc pas être non plus l'apanage du genre féminin. Notons également que les 2 IDE les plus jeunes du panel (E1 et E2, moyenne d'âge 27,5 ans) et exerçant en EHPAD, n'ont pas cité de valeurs en lien avec le care. Comme

pour l'écoute, une question d'expérience ? C'est aussi le cas pour E5 exerçant aux urgences qui rappelons le, avait des conceptions de la santé et du soin à dominante biomédicale.

Parmi les autres constats généraux, on peut noter que les 3 IDE qui citent des valeurs appartenant aux 3 familles sont parmi les IDE les plus expérimentés du panel : E3, E9 et E10, moyenne d'âge, 46,3 ans. Là encore, l'expérience amène-t-elle un regard plus global ?

Tous les IDE enquêtés travaillent généralement en adéquation avec leurs valeurs

Les 10 IDE interviewés pensent faire vivre leurs valeurs professionnelles dans leur quotidien, ou du moins essaient. Cela leur semble fondamental, comme le dit E4 « *sinon je serais plus là...* » (E4, 1.60), il précise, « *j'ai toujours essayé d'appliquer le temps nécessaire aux soins pour tous mes patients... c'est une valeur qui me euh... qui... me tient à cœur. D'être là, d'être présent, d'accompagner chaque personne* » (E4, l. 64 à 66). De même, pour E5 « *on rentre pas sinon...* » (E5, 1.31). Pour E10 « *j'ai l'impression en tout cas de travailler en adéquation avec mes valeurs, ce que je n'avais plus du tout l'impression à l'hôpital* » (E10, 1.70-71). E1 explique également que son choix de rester dans l'EHPAD dans lequel elle exerce est motivé par cette possibilité de travailler le plus souvent en adéquation avec ses valeurs. « *On est une équipe qui est plutôt stable et on s'entend bien, on a des valeurs communes, même si on a des façons de travailler différentes [...] on arrive à se prendre le temps de faire les soins comme on voudrait le faire... [...] on n'y arrive pas toujours, mais c'est ce qu'on essaie ... Silence ... au niveau infirmier en tout cas...* » (E1, 1.51 à 55). Elle évoque des difficultés à ce niveau, lorsque parfois les valeurs ne sont pas partagées par l'équipe pluriprofessionnelle, nous y reviendrons dans le prochain paragraphe. Cela est important pour E2, exerçant également en EHPAD, elle trouve qu'elle travaille « *totalemment* » en adéquation avec ses valeurs « *c'est des réflexions que j'avais déjà, euh... en m'disant ben qu'est ce que je fais dans mon travail ? [...] essayer de le maintenir à un certain niveau de vie, une certaine qualité de vie... ouais, pleinement, c'est ce que je fais ici en EHPAD oui...* » (E2, 1.34 à 38). De la même manière, malgré les freins possibles notamment administratifs, E3 estime « *quand j'suis dans une chambre, j'suis dans une chambre...* » (E3, 1.39 à 40). E10 considère que les valeurs doivent être partagées avec les autres collaborateurs et notamment avec les médecins. Elle constate qu'avec le temps, ses relations avec le corps médical ont changé : elle travaille de plus en plus avec des médecins qui accordent de l'importance à la qualité et à la globalité des prises en charge. Selon elle, c'est une question d'âge et de formation des médecins, mais aussi une question de convictions communes. Elle fait le choix de se tourner vers des professionnels qui partagent ses conceptions et on fait

souvent appel à elle, parce qu'on apprécie, justement, sa manière de fonctionner dans la collaboration : *« je pense que tacitement on se retrouve entouré de personnes qui fonctionnent de la même manière que nous »* (E10, 1.137-138).

Des freins institutionnels identifiables à la mise en œuvre des valeurs

D'une manière générale, des freins à la mise en œuvre des valeurs ont pu être identifiés quel que soit le secteur d'activité. On constate néanmoins qu'hormis les limites spécifiques de l'environnement du domicile (organisation de l'habitat, matériel, entourage...), ils sont plus fréquemment cités par des IDE exerçant en structures, ce qui laisserait penser que les pressions institutionnelles sont davantage une limite en comparaison de l'exercice libéral (10 freins exprimés pour les IDE exerçant en structures, contre 4 seulement pour les IDE exerçant à domicile). Parmi les freins cités par E6 et E10, IDE libérales, certains ne sont liés qu'à leur expérience en structure, mais elles identifient moins ces problèmes dans leur activité à domicile, nous y reviendrons.

Au niveau des freins, le manque de temps est cité avec la plus grande occurrence (3 IDE/10), tous 3 exerçant en structures. Pour E1 c'est d'ailleurs une limite aux soins éducatifs, *« on sacrifie un peu, euh tous les actes gratuits, comme les conseils, les ptits conseils euh, au patient et tout ça, toute la promotion de la santé, la prévention tout ça... ben, souvent c'est là-dessus qu'on économise... »* (E1, 1.303 à 305). Pour E10, le temps n'est pas une excuse à la non mise en œuvre des valeurs, elle se donne les moyens de consacrer le temps qu'il faut aux patients quitte à décliner une prise en charge. En parlant de la limite de temps : *« je la ressens mais je refuse de m'y plier, voilà, euh, je pense que... enfin personnellement, c'est pas un argument ça. Je refuse absolument de me limiter dans la prise en charge d'un patient parce que j'ai pas le temps »* (E10 1.89 à 91). La particularité de l'exercice libéral est qu'un IDE peut renvoyer un nouveau patient vers un autre professionnel dans le cas où sa tournée est déjà trop importante, ce n'est pas le cas des IDE exerçant en structure, qui doivent s'adapter à la charge de travail quelle qu'elle soit. Pour corroborer ses propos, elle donne l'exemple du cas d'un patient au cours des observations (O10S2) : lors de cette prise en charge d'une durée d'environ 1h, elle a pris beaucoup de temps pour favoriser l'autonomie du patient et promouvoir sa santé en général. Elle explique, *« c'est vrai qu'on va très lentement, mais je pense que globalement que c'est très positif pour lui finalement quand on arrive à se poser et prendre le temps avec lui, il est tout à fait mobilisable. Alors que si on forçait la mobilisation en voulant aller plus vite, c'est vrai qu'il serait tellement crispé qu'on n'arriverait pas du tout à le bouger »* (E10, 1.100 à 104).

Parmi les autres freins évoqués, on retrouve : le manque de valeurs communes au sein des équipes (2 IDE/10), de motivation (2 IDE/10) et la lourdeur administrative (2 IDE/10). Le manque de moyens humains et matériels, de sens ou de réflexivité, et de formation sont cités une fois chacun. On retrouve également la hiérarchie, l'agressivité des patients et la présence éventuelle de conflits dans les équipes (tous cités 1x chacun). Concernant les valeurs communes et le manque de questionnement du sens des soins « *des fois la collaboration est un peu difficile, parce que justement y'a un conflit de valeur et y'a certaines personnes, qui vont venir et qui vont justement faire un ensemble d'actes mais on voit pas forcément le sens propre derrière, [...] c'est euh... voilà... y'a une certaine liste de tâches à faire et euh... y'a certaines toilettes à faire... alors qu'en fait c'est pas une histoire de nombre de toilettes à faire, c'est un nombre de prises en charge à faire... d'accompagnement...* » (E1, 58 à 65). Notons que E1, exerçant en structure, est l'IDE qui cite le plus de freins (5 en tout). Remarquons également qu'à ce sujet, E10 nous avait confié hors enregistrement que de ne pas partager des valeurs communes était un frein au bon fonctionnement d'une collaboration ou association libérale.

A propos de la motivation comme limite à la mise en œuvre des valeurs, E2 dit « *je pense aussi pour certains, c'est un mélange de tout en fait... mais honnêtement, c'est souvent la volonté* » (E2, l. 122-123), c'est un argument que soutient E1. La lourdeur administrative est citée deux fois mais relativisée par E6 depuis qu'elle exerce en libéral. Le cas des patients agressifs n'est cité que par E9, faisant référence en particulier à son expérience aux urgences. De même, l'usure ou les conflits à mettre en lien avec le manque de partage de valeurs communes, ou le manque de formation ne sont cités qu'une fois.

Parmi les limites spécifiques de l'exercice à domicile, on retrouve surtout des contraintes spatiales (logements trop petits, inaccessibilité et refus des proches d'aménager l'environnement...), géographiques (notamment pour E10 qui exerce en secteur rural et tourne sur un secteur très étendu comprenant une partie « montagne »), matérielles (lits, salles de bains non adaptées...). E10 évoque également les limites des prises en charge et du maintien à domicile en eux même et lorsque la dépendance a atteint un certain niveau. Selon elle, dans ces cas-là, il faut pouvoir l'admettre et entrevoir une institutionnalisation des personnes. E7 évoque les difficultés à garantir parfois la discrétion totale (curiosité des voisins, traçabilité des passages liés à la covid...), elle essaie toutefois de faire de son mieux, *le travail bien fait?* (Clot, 2013).

Toujours concernant les freins à la mise en œuvre des valeurs professionnelles, E6 et E10 évoquent de meilleures conditions de travail depuis qu'elles exercent à domicile et surtout la possibilité de pouvoir davantage travailler en adéquation avec leurs valeurs. En ce qui concerne les 2 IDE, c'est d'ailleurs une des raisons qui a motivé leur choix de réorientation professionnelle. E10 explique, « *j'ai eu le besoin de retravailler avec de l'humain, parce qu'en fait mon métier c'était automatisé, et déshumanisé et j'en souffrais énormément et j'ai choisi de me réorienter pour pouvoir travailler plus en adéquation avec mes valeurs qui étaient vraiment de pouvoir apporter quelque chose à l'autre* » (E10, 1.22 à 25). E6 évoque des prises en charge facilitées par l'absence de hiérarchie et de contraintes institutionnelles, une coordination et des tâches administratives qui se réalisent en dehors des tournées et surtout des activités qui ne découlent pas directement d'une organisation médicale « *T'as pas les médecins qui font leur tournée et où tu dois les suivre, là, c'est toi qui les contactes quand toi t'as besoin et c'est rapide...* » (E6, 1.80-81). E8 ne partage pas leur point de vue, pour lui, la mise en œuvre des valeurs a été égale en structure et à domicile.

Enfin, pour terminer sur les valeurs professionnelles, E10 explique que les soins palliatifs, où elle a pu exercer, sont un domaine privilégié pour mettre en œuvre ses valeurs professionnelles. Elle explique qu'il y existe une grande cohésion d'équipe, avec un souci du prendre soin qui s'étend à toutes les dimensions de la santé, « *c'est une discipline qui est basée et qui est fondamentalement fondée sur le travail en collégialité et du coup y'a une relation interprofessionnelle qui est d'une richesse incroyable que je n'ai jamais trouvée nulle part ailleurs...* » (E10, 1.158 à 1.161). Elle fait référence au questionnement éthique qu'implique ce type de prise en charge et d'un niveau de réflexion difficile à retrouver dans d'autres domaines. Selon elle, les IDE et leurs idées sont davantage reconnues pas les médecins en soins palliatifs et la recherche de qualité est d'une grande richesse, pour elle toujours, cette façon de travailler devrait être identique dans tous les domaines mais malheureusement, ce n'est pas le cas : « *Le problème, c'est que quand on a bossé en soins pal et qu'on a eu la possibilité de bosser dans ce type de service, euh..., on est frustré en permanence dans d'autres prises en charge. Alors j'suis pas un bisounours non plus, mais cette collégialité et cette prise en compte de la globalité du patient elle est tellement fondamentale et limpide que quand on se retrouve dans un service orienté organe on est complètement frustré* » (E10, 1.164 à 168).

7.2.2 Les représentations professionnelles

Dans cette thématique, nous avons exploré les connaissances, savoirs expérientiels et perceptions autour de la SP et de l'ES ainsi que le rapport entretenu avec la discipline.

Quelques difficultés perceptibles pour définir la santé publique et l'économie de la santé

De la même manière que pour exprimer leurs conceptions professionnelles, certains IDE expriment des difficultés ou une gêne pour définir la SP (3/10). Ils exercent tous en structure. E1 dit « *pour moi ça reste quand même assez conceptuel en fait... c'est euh... c'est pas une discipline qui m'inspire quelque chose de concret, pour moi ça me paraît être quelque chose - d'un peu vaste... euh, beaucoup de blablas...* » (E1, 1.72 à 74), de même E5 « *j'arriverais pas vraiment à l'définir en fait... c'est assez flou déjà pour moi au départ...* » (E5, 36-37).

De même, l'économie de la santé est difficile à définir (4 IDE/10), elle inspire peu E1, E7 hésite et E4 réfléchit longtemps avant de donner des exemples dans de larges domaines. Quant à E3, « *Ca m'paraît complètement abstrait* » (E3, 1.94).

Nous remarquons que les IDE exerçant à domicile apportent des éléments de réponse plus rapides, sans hésitations ou temps de réflexion. Ces différences sont peu perceptibles dans les verbatims, les temps et délais de réponses n'ayant pas été comptabilisés, nous n'avons donc pas analysé ces différences à ce niveau-là. Nous verrons néanmoins plus loin, que l'exercice à domicile dans certains contextes, peut conduire à une perception plus large des champs d'action de la SP.

7.2.2.1 Les représentations de la santé publique

Des représentations parfois floues mais qui englobent majoritairement des éléments essentiels de la définition de la santé publique

Le tableau 12 synthétise les champs d'application de la SP évoqués par les 10 IDE interviewés en fonction de leur lieu et de leur mode d'exercice.

La SP est surtout associée aux domaines de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé. 9 IDE/10 citent au moins l'un de ces 3 concepts pour définir la SP. Nous ne notons pas de différences significatives selon les données socio-démographiques.

	STRUCTURES					DOMICILE				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Prévention</i>	6	X		X		X	X	X	X	
<i>Éducation</i>	6		X	X	X	X			X	X
<i>Promotion de la santé</i>	4	X				X	X	X		
<i>Politiques de santé</i>	4	X	X	X						X
<i>Dimension collective de la santé</i>	4		X	X		X				X
<i>Collaboration, réseaux, filières</i>	3		X	X						X
<i>Discipline</i>	2			X						X

Tableau 12 : Représentation des champs d'application de la SP

Citée par 6 IDE/10, la prévention est le champ d'actions de la SP le plus fréquemment évoqué avec l'éducation, que ce soit dans ses dimensions primaire, « *le petit panneau canicule... « il faut boire* », le panneau « *vaccinez, protégez-vous* » qu'on voit dans les ascenseurs » (E1, 1.78-79) – secondaires (dépistage) – ou tertiaire « *prévenir les différents effets indésirables* » (E7, 1.76), bien qu'aucun des 3 niveaux n'ait été cité en ces termes. Pour E9, « *c'est plutôt tout ce qui est anticipation, avant que ça déglingue, que ça dégénère chez les cardiovasculaires, tout ce qu'on peut mettre en place en amont, pour éviter le problème ou qu'un problème existant s'aggrave...* » (E9, 1.122-124). Parmi ces 6 IDE, 4 exercent à domicile.

Parfois associée à la prévention, l'éducation est citée par 6 des IDE interviewés. Dans la majorité des cas, elle est davantage perçue comme un moyen d'autonomiser et de sécuriser le patient dans la prise en charge de son problème de santé. Elle correspond donc majoritairement à la prévention tertiaire. Elle est en revanche peu évoquée dans une perspective d'éducation à la santé en lien avec la prévention primaire. Seule E9 y fait allusion : « *les explications pour pas que ça... [...] pour éviter le problème par la suite pour moi c'est l'anticipation...* » (E9, 1.119-120). Elle dit « *amener la personne à faire les liens justement entre sa tension et son alimentation, entre son diabète et son activité physique, c'est ces problèmes d'asthme liés aux logements, aux animaux* » (E9, 1.132 à 135). E3 et E4 évoquent l'ETP, tandis que les autres donnent l'exemple des explications concernant les thérapeutiques ou les conseils sur les soins : « *un apport théorique, on donne des conseils, sans pour autant amener des euh... des*

thérapeutiques comme les médicaments » (E5 1.38-39). Pour E10, l'éducation fait partie intégrante des missions infirmières, elle cite le rôle propre et l'exemple de la prévention de la dénutrition chez la personne âgée ou l'accompagnement dans l'aménagement du domicile pour prévenir les accidents et promouvoir l'autonomie. Elle regrette que les soins éducatifs ne soient pas toujours valorisés par certains médecins, elle donne l'exemple des chirurgiens qui ne font pas appel aux IDE pour les pansements et soins post-opératoires : « *Quand on vous prend en charge pour des lovenox pendant 6 semaines, on fait pas seulement les injections, on vous apprend à gérer vos douleurs, on vous surveille, on prévient et on surveille les phlébites, on s'assure de votre mobilisation [...] quand vous demandez aux patients de faire leurs pansements ou injections eux-mêmes, vous les privez de tout ça. Ils ont beaucoup de mal à comprendre...* » (E10, 1.330 à 336).

Aucun IDE d'EHPAD n'a cité l'éducation. Notons qu'au moment des observations, une grande majorité des résidents étaient en très mauvais état général et peu en état de recevoir des conseils ou des informations sur leur santé.

Enfin, parmi les champs les plus fréquemment retrouvés, la promotion de la santé arrive en 3^{ème} position, sans être citée forcément en tant que telle (4 IDE/10). E1 et E6 évoquent les grandes campagnes nationales tandis qu'E7 l'envisage dans une perspective soignante : « *améliorer la qualité de vie* » (E7, 1.75). Pour E8, c'est promouvoir « *une vie le plus en adéquation pour rester en bonne santé physique et morale et essayer de la préserver le plus longtemps possible, en menant des actions, bien manger, si t'es malade, faut bien prendre tes médicaments, consulter le médecin, se renseigner, c'est tout un ensemble de choses, ne pas avoir de caries, ne pas être trop gros, faire un peu de sport* » (E8, 1.88 à 91). On peut noter que les IDE exerçant à domicile évoquent davantage la promotion de la santé.

Les IDE associent également la SP aux politiques de santé (4 IDE/10). Ils exercent majoritairement en structure (3 IDE/5 vs 1 IDE/5). La SP, « *c'est aussi ce que l'état, le gouvernement mettra en place pour préserver euh... ben du coup la santé ou améliorer la santé des Français quoi...* » (E2, 1.59-60). E3 évoque l'organisation du système de santé, les plans de santé publique... elle semble plutôt sur la réserve concernant cet aspect de la santé publique : « *on sait pas toujours les tenants et les aboutissants...* » (E3, 1.53-54) ; E1 partage cette réserve : « *beaucoup de communiqués ou de choses comme ça, mais qui sont difficilement mises en pratique ou lues, vues... [...] c'est des petits rappels mais que tout le monde voit sans voir...* » (E1, 1.76 à 80). E10 n'évoque pas vraiment les politiques de santé lorsqu'est abordée la question

de la définition de la SP mais elle y fait référence régulièrement dans tout l'entretien : efficacité du système durant la crise sanitaire, « *il a quand même fait le job* » (E10, 1.223), extension de la démarche qualité à l'exercice libéral ou évolution de l'organisation des soins à domicile en faveur d'une plus grande coordination interprofessionnelle. Pour finir, seuls 2 IDE considèrent la SP comme une discipline. E10, qui la définit d'ailleurs en ces termes : « *les connaissances d'une société concernant, les connaissances et l'intégration de la santé, de la bonne santé pour une population donnée en fait...* » (E10, 1. 208 à 210). Pour E4, c'est « *une spécialité qui s'intéresse aux particularités de la santé ... dans une population donnée* » (E4, 1. 68-69). Ces 2 IDE exercent en lien direct avec les unités et réseaux de soins palliatifs. Ils sont tous 2 titulaires d'un DU dans ce domaine.

La dimension collective de la santé publique perçue ou perceptible chez un nombre significatif d'IDE.

4 IDE/10 évoquent la dimension collective de la santé alors qu'elle n'était évoquée par aucun dans les conceptions professionnelles. E2 et E6 évoquent cette dimension dans leurs définitions mêmes : « *une espèce de prévention collective... du maintien de la santé collective...* » (E2, 1.53-54). Elle fournit l'exemple de la crise sanitaire pour illustrer ses propos. Elle fait notamment allusion aux politiques et mesures de lutte contre la pandémie qui ont été appliquées à grande échelle. De même, pour E6 « *Alors, la santé publique, je vois ça comme la santé de tous en fait. Pas juste des individus mais pour tout le monde* (E6, 1.133-134) ; « *donc comme par exemple là, la crise du covid, effectivement, on peut appeler ça un problème de santé publique étant donné que ça touche un grand nombre de personnes et que les mesures touchent un grand nombre de personnes aussi, sans forcément enfin touchent tout le monde [...], on a tous eu les mêmes mesures.* » (E2, 1.54 à 59). Selon E4, qui semble a priori s'exclure du domaine, c'est une discipline « *qui s'intéresse aux populations alors que nous on s'intéresse à l'individu* » (E4, 1.69-70).

E10 ne fait pas référence à la dimension collective de la santé dans sa définition de la SP mais elle l'aborde de différentes manières tout au long de l'entretien. Elle aborde notamment la question des différences culturelles en lien avec l'adhésion aux politiques de santé et donne l'exemple, elle aussi, de la pandémie de la covid 19. Elle constate dans sa pratique que l'esprit collectif n'est pas forcément intégré au schéma des Français en comparaison à la culture asiatique., « *je passe mon temps à expliquer ça aux gens qui sont réticents au vaccin en leur disant que la grosse problématique qu'on rencontre au niveau national, c'est que les gens ils*

veulent agir de manière individuelle, j'ai pas envie, j'ai peur, j'vois pas l'intérêt et en fait pas du tout collectif » (E10, 1.493 à 496). A ce propos, elle explique « *C'est dur d'expliquer aux gens ben que en fait le vaccin oui, c'est surtout pour éviter l'engorgement des services de réanimation en fait. C'est tout, clairement c'est économique* » (E10, 1. 514 à 516). Elle cite également l'épidémie de rougeole et la résistance à la vaccination des parents ou le vaccin anti grippal pour illustrer ses propos : « *quand j'explique aux gens que moi le vaccin de la grippe tous les ans je suis malade comme un chien, mais je le fais pour protéger les patients fragiles, je le fais pas pour moi...* » (E10, 1.516 à 518).

Certains modes d'exercice collaboratifs qui favorisent une perception plus vaste des champs d'action de la santé publique

Nous constatons que certains modes d'exercices ou de collaboration favorisent une compréhension plus large des champs d'actions de la SP : en effet, E2, E3, E8 et E10 associent volontiers la SP aux parcours coordonnés de patients dans des dispositifs tels que le PRADO (service de suivi à domicile des patients hospitalisés), les réseaux d'infirmiers de secteurs en psychiatrie, les filières gérontologiques ou la coordination interprofessionnelle dans des dispositifs type CPTS ou MSP. E2 et E3 sont amenés régulièrement à travailler en collaboration avec ces différents réseaux ambulatoires. Lors des observations, nous avons pu le constater dans les 2 cas. Elles ont toutes 2 en charge une population âgée : « *de travailler avec d'autres établissements partenaires, effectivement, où là on a un partenariat [...] et des interventions d'infirmières de secteur, pour moi ça fait partie de la SP* » (E2, 1.291 à 293).

Selon E8 qui exerce en MSP « *Ça facilite quand même un peu les relations, parce qu'on se connaît à force de se voir régulièrement et donc s'il faut qu'on se parle, c'est déjà plus facile* » (E8, 1.109 à 111).

Concernant E10, il existe des failles dans ce système de coordination, elle porte un regard mitigé sur leur efficacité. Selon elle, il y a parfois trop d'intervenants qui agissent parfois sans se coordonner et cela peut complexifier ou retarder les prises en charge alors que le système est conçu pour les faciliter au contraire « *c'est souvent des couches et des couches de coordination* » (E10, 1.435). Elle évoque tout de même les CPTS dans leurs missions possibles de contrôle des professionnels de la santé dans un avenir prochain.

Une mission pleinement infirmière

La totalité des IDE s'accorde à penser que la SP est une mission infirmière. Pour E1 comme E5 c'est une mission infirmière à part entière, où que l'on exerce, « *aux urgences où n'importe où, ça fait partie du métier d'infirmière quoi. Et aux urgences, y'a des situations où on éduque le patient ouais* » (E5, 1.43 à 45). Pour E2, « *dans un lieu de vie, comme il y a un brassage de la population, beaucoup de passages, des problèmes de santé ben... qui sont spécifiques à la population, forcément, oui, pour moi, ça, c'est une des missions de l'EHPAD, la SP* » (E2, 1.65-67). Faisant surtout référence aux IDE hospitalières, elle explique le rôle éducatif en lien avec le maintien à domicile. C'est très important parce que les actions peuvent porter leurs fruits plus tard. Pour E7, « *c'est au quotidien et encore plus avec la covid* » (E7, 1.84). Pour E3, « *à un moment ou à un autre, pour promouvoir le soin, on est censé gérer, [...] à un moment de la chaîne on agit, ça c'est sûr !* » (E3, 1.58-59). Elle précise que ce n'est pas forcément la mission première d'un service hospitalier. Selon elle, les services ambulatoires sont davantage concernés, elle cite notamment les consultations d'ETP et les soins à domicile. E8 et E9 rejoignent son point de vue : « *Oui, parmi tant d'autres, ça fait partie d'une de nos missions, parce que voilà y'en a pas qu'une, c'est un ensemble de choses, un mix* » (E8, 1.96-97) ou « *le rôle essentiel n'est pas là-dedans. Si t'as quelqu'un qui fait un infarctus avéré, voilà, c'est pas forcément le moment de lui dire « ben mon coco t'aurais pas dû fumer » ... mais euh... mais voilà... la suite est envisagée... de travailler là-dessus, voilà qu'il existe des moyens, si la personne demande, voilà ça dépend du contexte, du niveau de l'urgence, si t'as du temps, faut aussi que ça soit bien placé* » (E9, 1.138 à 142). Enfin, de prime abord, E10 conçoit plus facilement ses missions de SP dans le cadre de son travail en réseau de soins que dans celui des soins à domicile. Elle établit tout de même des liens avec l'éducation et l'ETP. Elle reconnaîtra plus tard que l'entretien lui permet de mieux concevoir à présent ce champ de missions infirmières dans les soins généraux ; c'est aussi le cas d'E4.

7.2.2.2 Les représentations de l'économie de la santé

Des représentations floues mais plutôt positives de l'économie de la santé

Tous les IDE interviewés font référence au coût des soins pour définir l'économie de la santé.

Ainsi, l'ES correspond « *aux coûts générés par des problèmes de santé publique* » (E2, 1.85-86), à « *l'argent et aux sommes qu'on met dans le domaine de la santé* » (E7, 1.99-100) ou encore aux « *coûts que représentent le maintien ou le rétablissement de la santé pour la nation après, pour la société* » (E10, 1.248-249). E8 précise « *la santé, ç'est un coût d'hospitalisations,*

des médicaments, les soins à domicile et l'économie de la santé, c'est faire en sorte que l'équilibre de la sécurité sociale, qui paie les soins, ne soit pas mis en danger par les frais occasionnés par les différents soins et les gens qui en ont besoin » (E8, 1.133 à 136). E4 donne l'exemple des prix onéreux des traitements « *comme nous en oncologie, les chimios ont un certain coût au niveau de tout ce qui est chimiothérapies, les cytotoxiques, les immunothérapies... Ça peut coûter cher, très cher* » (E4, 1.99 à 101). E3 fait référence aux coûts engendrés par la pandémie : « *La santé, oui elle a un prix, bien sûr elle a un prix... mais là, on l'a payé cher d'ailleurs, on va encore le payer cher, avec tout ça en ce moment* » (E3, 1.109-110).

Seule une IDE exprime clairement une vision négative de l'ES. Il s'agit de E3, l'IDE la plus âgée et expérimentée parmi le panel. Elle fait référence à la T2A et aux questionnements que cette réforme avait apporté lorsqu'elle avait été mise en place. Selon elle, « *ça ne correspondait pas vraiment aux valeurs qu'on nous avait enseigné etc. et puis qu'on était à contre sens* » (E3, 1.97-98), elle explique que les soignants ne sont pas dans une logique comptable, « *ç'est à contre-emploi du boulot de soignant* » (E3, 1.101 à 102), ils doivent pouvoir effectuer un travail de qualité avec les ressources nécessaires sans avoir à se soucier des coûts : « *là on veut essayer de soigner, donc pour soigner, il nous faut du matériel, il nous faut du personnel, et il faut des locaux... etc. donc nous on veut pas forcément avoir à penser à ça mais malheureusement ça existe....* » (E3, 1.102 à 105). Toujours selon elle, si la santé n'a pas de prix, il est toutefois nécessaire d'avoir quelques notions d'ES, de comprendre comment cela fonctionne, d'avoir conscience des coûts et de ne pas gaspiller, mais ce n'est pas la priorité d'un soignant. Elle fait enfin référence à sa formation et au peu d'intérêt alors porté à ces questions-là, en faveur d'une vision beaucoup plus humaniste des soins : « *Nous à l'époque l'économie de la santé, c'était tu comptes le nombre de compresses dont t'avais besoin, et il fallait surtout pas dépasser...* » (E3 1.106-107). Enfin, au sujet de l'ES, E3 évoque les dépassements d'honoraires et les inégalités de santé qui en découlent « *dans un monde idéal, y'aurait pas de dépassement d'honoraire...* » (E3, 1.111-112) mais elle ne fait pas de lien justement avec une des finalités éthiques de l'économie de la santé qui serait de les réduire.

E2 évoque les restrictions de ressources que lui inspire l'ES : « *on est souvent soit ralenti dans nos soins, soit ralenti dans nos commandes... On n'a pas forcément le matériel qui serait le mieux adapté parce qu'il est moins cher... mais en fin de compte, est-ce que le soin ne sera pas plus long à guérir si on n'a pas le matériel, le bon matériel etc. ?* » (E2, 1.97 à 100).

Selon elle, « *avec les budgets, les coûts, l'économie de la santé, ça impacte dans les soins forcément* » (E2, 1.103-104). Elle contre balance cette vision négative, qui n'est d'ailleurs pas affirmée, par une mise en avant de la dimension économique de la prévention de prime abord dans sa définition même : l'ES, c'est aussi « *le calcul qu'on pourrait faire par exemple avec la prévention et euh, voilà, les coûts qui seraient moins importants si on faisait de la prévention, [...] « vaut mieux prévenir que guérir »* » (E2, 1.87 à 89). Elle fournit l'exemple de la prévention des escarres ou de la déshydratation, qui sont des problèmes prévalents en EHPAD et qui génèrent une charge accrue en soins et en travail que l'on pourrait éviter par de la prévention. Elle constate que tous les soignants n'y sont pas forcément attentifs et évoque les freins comme le manque de temps, d'organisation ou de motivation de certains personnels « *si l'AS n'a pas suffisamment fait attention à la tournée boisson, si n'elle est pas faite, on aura la personne déshydratée, on aura la constipation, les déshydratations, les bilans, qui vont être mauvais, nous ça va nous faire poser des perfusions derrière ...* » (E2, 1.114 à 117).

Les autres IDE semblent plutôt favorables et concernés par l'ES. Comme E2, la grande majorité (9 IDE/10), dont E3, fait référence à la dimension économique de la prévention et considère l'ES comme un domaine d'intérêt professionnel même s'il n'est pas toujours le plus attractif « *mission oui mais après est-ce que ça m'intéresse ? rires...* » (E7, 1.107). Pour E9, « *L'objectif de la prévention c'est d'économiser. Il vaut mieux gérer un diabète en amont, qu'en aval, ça coûtera beaucoup beaucoup plus cher mais ça prend du temps* » (E9, 1.169 à 171). De même, pour E7, « *il faut mettre en œuvre les moyens pour la promotion de la santé mais il faut aussi réussir à trouver le budget et euh en même temps essayer d'économiser au maximum les ressources qu'on a* » (E7, 1.101 à 103). Pour E6, c'est important, car la prévention « *a un impact avec moins de coûts au final* » (E6, 1.154-155) et pour E8 « *si les ne gens tombent pas malades, ça évite les coûts* » (E8, 1.138-139). Selon lui c'est important car « *à un moment donné, il faut qu'il y ait un équilibre, la santé ne peut pas ruiner la sécu, il faut que ce soit un équilibre...* » (E8, 1.141-142).

E4 fait référence à la santé au travail et à la prévention des risques psychosociaux. Selon lui, il faut d'abord se préserver, faire l'économie de soi, soi-même, faire attention à son dos, à ses besoins et faire attention à celle des autres « *On est confronté à une certaine pression, quotidiennement au travail et est-ce qu'on pratique justement assez ces mesures de prévention, est-ce qu'on se prend le temps pour les bonnes pratiques... ? mais on pense plus au patient qu'à nous...* » (E4, 1.106 à 108).

E5 fait référence à l'éducation et aux missions de conseils de l'IDE, elle explique, « *si on prend le diabète par exemple, un patient qui est en hypoglycémie ou en hyperglycémie justement, c'est avoir les premiers gestes à faire avant de ... bon après forcément, faut aller consulter mais avant de tomber dans le coma mais c'est justement savoir quoi faire et éduquer l'entourage avant la situation d'hypoglycémie sévère... donc ça évite quand même des conséquences, des actes de santé qui seraient plus coûteux dans la PEC et les conséquences quoi* » (E5, 1.63 à 68).

E9 quant à elle évoque les économies liées à l'organisation du travail et notamment le travail sur des postes de 12h pratiqué dans les services d'urgence et de SMUR au sein desquels elle a principalement exercé : « *même si à la base c'est une demande de service pour raisons de vie personnelle, quelque part, ça arrange aussi l'établissement, parce qu'il faut moins d'ETP⁴² en fonctionnant en 12h* » (E9, 1.187 à 189). Elle évoque les restrictions ou incohérences auxquelles font face certains services, notamment en termes de matériel ou de personnel mais elle ne l'a pas trop vécu à titre personnel. Elle explique que dans les services de pointe dans lesquels elle exerce, on ne ressent pas trop leur poids « *Par exemple y'en a qui ont besoin d'un nouveau lave bassin et ils ne veulent pas remplacer, ça coûte cher alors ils essaient de réparer et réparer mais ça prend du temps et c'est quand même horrible parce que de toutes façons un jour sur deux ça marche pas. Mais question budget voilà... Nous dans notre pôle on n'a pas à se plaindre, on a vraiment des effectifs optimum* » (E9, 1.177 à 181).

E10 fait référence à une structure type « *maison de répit* » : « *l'idée c'est de plutôt que de générer des coûts d'hospitalisation pour un patient qui se dégrade ou qui est grabataire ou dépendant, l'idée c'est de proposer un petit temps de répit qui soit une alternative à l'hospitalisation qui soit financé par la famille ou un certain nombre d'aides, mais qui coûte du coup beaucoup moins cher à la société et qui permettrait à l'aidant soit d'être lui-même accueilli, soit de souffler* » (E10, 1.257 à 261). Elle explique qu'actuellement ce type de structure n'existe pas vraiment ou est trop peu développé et que ce sont les SSR qui assument ce rôle alors que ce n'est pas leur mission. Elle évoque une expérience à laquelle elle a participé : partant du constat que certaines personnes en situation d'isolement avaient davantage tendance à être hospitalisées pour des complications ou une baisse de l'état général dans le cadre de soins palliatifs, il a été mis en place des appartements de type « *habitats partagés* » : « *des tas de gens socialement désinsérés, isolés avec des problématiques de dépendance, d'hygiène, sociales... très importantes... en soins palliatifs, même quand ils sont pas admis à*

⁴² Equivalent Temps Plein

être hospitalisés en USP, parce qu'ils vont bien et qu'ils pourraient être à leur domicile, le fait qu'ils soient socialement fragiles, ou isolés fait que quand ils sortent de l'hôpital, ils décompensent très très vite... » (E10, L265 à 270).

E3 qui porte un regard plutôt négatif sur l'ES évoque toutefois des sujets sur lesquels il serait intéressant de prendre l'avis des IDE dans une perspective économique. Elle fournit d'abord l'exemple de l'agencement et de l'architecture des lieux de soins et explique qu'elle pense que si on avait mieux adapté les locaux aux besoins des soignants, on aurait pu réaliser des économies de temps et d'énergie. Elle évoque également un projet de service, qui serait d'aménager un patio actuellement inutilisé, en jardin japonais. Ce projet vise à offrir aux patients hospitalisés un espace de détente qui leur permettrait de s'extraire quelques temps de la réalité de leur séjour à l'hôpital et pour certains d'atténuer les angoisses. Ce projet, soutenu par le cadre de santé de l'unité, le médecin responsable et la psychologue a pour finalité l'amélioration de la qualité de vie des patients hospitalisés mais pourrait avoir comme bénéfice secondaire de réduire les durées d'hospitalisation et la consommation de médicaments. Au cours de la matinée d'observation et lors de la pause, où la psychologue était présente, cette question avait été évoquée avec l'ensemble de l'équipe qui nous avait présenté le projet. D'autres alternatives avaient été évoquées dont l'usage de l'aromathérapie dans le cadre d'une médecine intégrative, l'approche Snoezelen ou encore les lieux de vie innovants tels que les villages seniors. Autant de perspectives qui permettraient d'améliorer non seulement la qualité mais l'efficacité des soins également. À cette occasion, toute l'équipe semblait concernée et impliquée dans le projet. Enfin, elle fait référence aux investissements hospitaliers et aux programmes de recherche.

La lutte contre le gaspillage et les abus du système : un combat IDE ?

E7 et E9 se sentent particulièrement concernées par la lutte contre le gaspillage. A ce sujet, E9 dit : « *Ce que tu peux éviter de gaspiller, tu n'gaspilles pas. On consomme beaucoup et ce que tu peux éviter de gaspiller, tu évites...* » (E9, l.151-152). Elle précise que cela n'empêche pas le respect des règles de pharmacovigilance, il faut juste être attentif et contrôler les stocks. Lors de l'observation, E9 a réalisé le contrôle des sacs et trousseaux d'intervention. C'est une activité quotidienne normée et réglementée dont les IDE du SMUR ont la charge en période de garde. Lorsque nous l'interrogeons à ce sujet, elle explique qu'elle veille aux proximités des dates de péremption : « *par exemple la cefalopurine périmé dans 3 semaines, donc j'ai essayé de recycler...* » (E9, l.160-161). Dans son service, il est d'usage de réorienter le matériel périmé

vers des services de formation continue ou vers l'IFSI. Concernant le matériel utilisé au SMUR, il est très coûteux et s'il est utilisé avec sens, « *quand faut consommer, faut consommer* » (E9, 1.155-156).

De même, E7 fait référence à une étude à laquelle elle a été heureuse de participer et qui visait à analyser la pertinence des sets de pansements prêts à l'emploi dans une perspective d'efficacité et de prévention du gaspillage de matériel. Ainsi durant la durée de l'étude, elle a fait le bilan de ce qui était en trop ou au contraire insuffisant dans les packs qu'elle utilise au quotidien et a ainsi pu contribuer à un projet d'amélioration de la qualité. « *Enfin, je trouve qu'on gâche encore énormément* », (E7, 1.104). Tout comme E9, elle a fait l'expérience du recyclage du matériel lorsqu'elle travaillait en hémodialyse : « *les choses dont on n'avait pas besoin pour brancher les gens quand on les piquait, on mettait à chaque fois dans des petits containers et qu'on envoyait dans des pays africains qui avaient moins de moyens et du coup c'était plus stérile forcément, mais réutilisable pour la plupart des choses quoi* » (E7, 1.115 à 119).

E6 évoque les économies qui pourraient être faites si les soins étaient mieux coordonnés ce qui permettrait d'éviter les doublons de consultations, les doublons d'ordonnances et les consultations de convenance (obtenir une ordonnance, valider une prise en soins...). Elle pense que les prises en charges seraient plus fluides si les soins pouvaient être réalisés véritablement sur rôle propre et si les IDE pouvaient renouveler certaines ordonnances. En effet, elle explique qu'il est parfois difficile d'obtenir les ordonnances requises pour facturer les soins, c'est beaucoup d'énergie et de temps perdu. Il lui arrive également d'être en difficulté pour expliquer aux personnes qu'elle a besoin de l'ordonnance pour être rémunérée « *ça choque les gens quand l'infirmière parle d'argent* » (E6, 1.337). Hors entretien est évoquée la question des MSP, elle trouve que c'est une bonne chose mais sent des résistances et des craintes parmi ses confrères. Dans ce sens, elle évoque aussi la possibilité de poursuivre une spécialisation en pratiques avancées.

Dans le cadre de son activité au SMUR, E9 constate de fréquents abus ou mésusages de la part des usagers du système de santé. L'une des situations d'apprentissage retenue à l'issue de l'observation (09S2) fait référence en particulier à cette problématique. Hors enregistrements et lors d'échanges également avec l'ambulancier de garde, qui a une longue expérience dans ce cadre, nous avons longuement abordé ce sujet et notamment les demandes de remboursements de frais de transports injustifiées (Focus O9). Elle regrette que de nombreuses personnes

consultent les urgences ou ont recours aux services du SAMU par convenance personnelle et en raison de leur gratuité mais au détriment d'une prise en charge de qualité pour les autres personnes qui en ont réellement besoin. Cela semble difficile à accepter pour les soignants exerçant dans ces services ; avec E5, exerçant aux urgences, nous avons déjà abordé le problème en aparté (Focus O5). Les observations nous avaient d'ailleurs également permis de le constater pour E5 (O5S2). Cela semble d'autant plus difficile pour les soignants qu'ils sont régulièrement confrontés à l'impatience, aux incivilités, voire à l'agressivité et à la violence. Elle explique « *ça j'l'ai vraiment vraiment découvert côté urgences ! Parce que là ; les gens te l'disent même : ils te disent moi j'ai droit à... c'est du gaspillage, beaucoup c'est du gaspillage, des consultations, c'est trop trop trop...* » (E9, 1.211 à 213). Selon elle, l'État-providence n'est pas toujours efficace voire contre-productif « *la politique de santé là-dedans, tout prendre en charge, tout infantiliser [...] c'est un cercle vicieux en fait...* » (E9, 1.213 à 216). Elle ajoute : « *les gens ils ont pas du tout la notion de ce que ça coûte... Les urgences, ce que ça coûte, un scanner, ce que ça coûte une prise de sang, ce que ça coûte ... un SMUR quand les gens ils refusent d'être transportés, ils savent pas ce que ça coûte !* » (E9, 1.230 à 235).

Pour en finir sur les représentations de l'ES, citons E10, qui elle fait plutôt allusion aux abus de certains professionnels ou établissements privés qui sélectionnent les patients les plus lucratifs au détriment de prises en charge plus complexes et plus lourdes. Elle est favorable à un meilleur contrôle des prestations et de la qualité qui permettra d'accroître l'efficacité des soins mais craint que le système n'évolue au sein d'un ensemble à 2 vitesses : « *On va avoir des cabinets qui vont prendre les patients les plus lourds, parce que voilà, c'est en adéquation avec leurs valeurs, et d'autres cabinets qui vont prendre des patients plus légers et en plus grand nombre. Je pense que les patients auront un forfait que vont devoir se partager les médecins, kinés, pharmaciens etc. Alors pour les patients lourds ça va être dramatique mais très profitable à la sécu...* » (E10, 1.408 à 412).

7.2.3 Perceptions de la formation infirmière initiale

Dans cette thématique, nous analysons le regard que portent les IDE sur la formation infirmière et ses évolutions, depuis leur propre vécu d'étudiant à celui d'encadrant. Nous cherchons à mesurer leur rapport aux savoirs, et leur sentiment à propos de leur utilité dans la pratique professionnelle, particulièrement en SP. Nous explorerons leur point de vue sur l'efficacité de

la formation, ses forces et ses faiblesses, ainsi que sur les différentes manières d'encadrer les ESI : points de vigilance, méthodes...

7.2.3.1 Point de vue sur la formation en général

Des perceptions variables et influencées par le propre parcours de formation

Le tableau 13 synthétise le regard général que portent les IDE interviewés sur la formation infirmière actuelle.

	<i>STRUCTURES</i>					<i>DOMICILE</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Formation pas adaptée</i>	5	x		x		x	x			x
<i>Formation adaptée</i>	5		x		x			x	x	
<i>Préfèrent l'ancien programme</i>	4	x		x		x				x

Tableau 13 : Points de vue sur la pertinence globale de la formation infirmière

Les points de vue sur la formation actuelle, souvent appelée « nouveau programme » sont très mitigés parmi les IDE. La moitié du panel la trouve inadaptée, tandis que l'autre moitié la trouve adaptée. On peut identifier quelques variations selon les modes d'exercice.

Parmi ceux qui la trouvent inadaptée, on retrouve une légère majorité d'IDE exerçant en structure dont E9, exerçant au SMUR et donc à la fois au domicile mais aussi dans le cadre d'une structure hospitalière (3 IDE/5 en structure, vs 2 IDE/5 à domicile dont SMUR). A l'inverse, parmi ceux qui la trouvent adaptée, on retrouve une légère majorité parmi les IDE exerçant à domicile (3 IDE/5 à domicile, vs 2 IDE/5 en structure).

Ces différences ne nous semblent pas très significatives, d'autant que dans le degré d'adhésion, les points de vue varient notablement : E1 et E9 exerçant en EHPAD et au SMUR ont des points de vue plutôt tranchés en défaveur du programme, de même qu'E4 et E10 exerçant en service d'oncologie et à domicile qui y sont très favorables. Les autres sont plus réservés et nuancent leurs opinions.

En revanche en analysant les données socio-démographiques, nous pouvons observer des variations plus significatives.

Parmi les IDE qui trouvent la formation inadaptée, 3 IDE/5 sont issus de formations relevant d'anciens programmes (vs 2 IDE/5). E6 est issue de la toute première promotion « nouveau programme », elle a été formée dans un contexte de réforme avec probablement un encadrement clinique largement inspiré de l'ancien modèle. Nous verrons plus loin, qu'E1, également formée dans les premières années et qui a un positionnement défavorable évoquera les difficultés qu'elle a rencontrées en lien avec un manque de compréhension du nouveau paradigme. E7, plutôt favorable et issue de la deuxième promotion du référentiel de 2010 y fera également allusion. 4 d'entre elles expriment clairement leur préférence pour l'ancien programme (référentiel de 1992), elles sont 3 IDE/4 à être issues d'anciens programmes. En termes de moyennes d'âge, on compte parmi elles l'IDE la plus âgée et l'IDE la plus jeune, pour une moyenne d'âge équivalente à la moyenne générale. Il n'y a pas d'IDE de genre masculin dans ce groupe mais cela ne nous semble pas significatif.

Parmi les IDE qui, en revanche, trouvent la formation adaptée, 3 IDE/5 sont issus du nouveau référentiel de formation IDE. Dans ce groupe non plus l'âge n'est pas significatif et nous ne pensons pas que le genre influe sur la présence des 2 IDE homme. Pour E8, ce n'est pas tant une question de formation, « *c'est surtout lié à la personne, un état d'esprit...* » (E8, 1.79). On peut noter par contre, que parmi les IDE favorables au nouveau programme, 3 IDE/5 ont des diplômes complémentaires de type licences ou DU (E2, E4 et E10), il y en a 1 seule dans l'autre groupe.

Des points de vue soulignant des failles et des incompréhensions dans le paradigme de la formation

Le tableau 14 suivant synthétise les points négatifs évoqués au sujet du programme de formation actuel :

Points négatifs

	STRUCTURE					DOMICILE				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Avec le nouveau référentiel, les ESI ne veulent faire que des soins techniques</i>	3		X		X				X	
<i>Dans le nouveau référentiel, beaucoup d'éléments sont survolés</i>	3					X	X		X	
<i>La mise en situation professionnelle et la démarche de soin formelle qu'elle impliquait étaient un atout fondamental de l'ancien référentiel</i>	2				X				X	
<i>Avec le nouveau référentiel, les ESI ne font pas les liens n'observent pas en globalité</i>	2		X						X	
<i>Le nouveau référentiel est trop théorique alors que les besoins sont différents surtout en début de formation</i>	2	X							X	
<i>Avec le nouveau référentiel, les ESI manquent de connaissance, de curiosité</i>	1								X	
<i>Le nouveau référentiel demande trop de capacités d'adaptation</i>	1	X								
<i>Avec le nouveau référentiel, il n'y pas assez de variété dans les stages</i>	1								X	
<i>Avec le nouveau référentiel, les formateurs ne viennent pas assez sur le terrain</i>	1								X	

Tableau 14 : Points de vue négatifs sur le programme de formation actuel

Plusieurs IDE ont évoqué un intérêt surdimensionné des ESI pour la technique. Selon eux, lors des stages, les ESI sont obnubilés par la réalisation et la validation des gestes techniques. Ils ont l'impression que c'est le nouveau programme qui a impulsé cette dynamique et observent

des changements de comportements parmi les ESI. Selon E3, « *avec cette réforme qui dit que forcément le soin, c'est tout de suite faire des piqûres, on veut faire des prises de sang etc... j'dis non non, on va d'abord apprendre à s'occuper d'un patient !* » (E3, l. 205 à 207). Elle ajoute, « *je m'suis même déjà fâchée assez fortement avec une étudiante, en disant non mais c'est pas un jeu de fléchette hein le patient ! C'est pas ça le métier d'infirmière ! Enfin, c'est pas ça soigner quelqu'un!* » (E3, l. 208 à 210). D'après E3, cette survalorisation de la technique nuit à l'apprentissage des bases du soin infirmier : observation clinique, raisonnement, écoute... et elle s'efforce d'utiliser des méthodes d'encadrement qui suscitent le questionnement et la réflexion. E5, qui travaille aux urgences évoque peu cette question lors de l'entretien mais nous avait confié les mêmes perceptions hors enregistrement. Elle dit tout de même « *ils sont souvent très concentrés sur euh... j'injecte mon antibiotique donc souvent ils expliquent pas ce qu'ils injectent, pourquoi ils le font, donc voilà, c'est plus dans la communication avec le patient que ça pêche quoi...* » (E5, l.139 à 142). Elle regrette que les ESI en stage aux urgences soient peu affectés au secteur « traumatologie » car c'est là où les soins éducatifs sont les plus nombreux. En secteur classique, le rôle prescrit est dominant et les soins majoritairement techniques. Elle reconnaît qu'elle-même avait beaucoup apprécié son stage en traumatologie d'urgence, lorsqu'elle était étudiante. Elle relativise tout de même « *Après peut-être pas toute la journée mais aller 3h dans la journée pour voir un peu autre chose, j'pense que c'est pas mal parce que ça peut apporter autre chose* (E5, l.227 à 229) ». Elle explique qu'il s'agirait de « *journées d'observation mais sans pratique* » (E5, l.221-222). E9 regrette que les ESI ne s'intéressent pas davantage aux aspects organisationnels des soins et à la prise en charge de secteurs de soins, « *en général y'a pas cet intéressement, ils veulent surtout gérer le technique, mais toute l'organisation, la gestion des sorties, préparer les RDV...* » (E9, l.99 à 101). Selon elle, il y a beaucoup plus d'activités en lien avec ces aspects du soin qu'en lien avec les gestes techniques. Elle donne l'exemple de l'encadrement en service de médecine et d'urgence où elle exerçait auparavant et où à partir de la 3^e année il était exigé que les étudiants prennent en charge des secteurs de soins « *dans 3 mois t'es toute seule* » (E9, l.108). Elle constate que c'est devenu difficile avec les ESI actuellement, d'autant qu'ils ont du mal à déléguer « *C'est une notion qu'ils intègrent pas du tout* » (E9, l.11-112). Comme E3, elle pense que les soins techniques ne correspondent pas à la base des soins, « *la technique on leur dit t'as le temps* » (E9, l.309), de même, elle ne la valorise pas dans sa propre activité, même si elle adore son activité hypertechnique au SMUR. « *Moi j'me verrais pas faire un soin sans causer. A part si la personne est en arrêt ou inconsciente, voilà mais tu vas pas perfuser quelqu'un sans lui parler, lui faire une prise de sang sans lui expliquer le pourquoi tu le fais, dans quel but... c'est le*

patient qui est maître de son truc, si il coopère pas t'y arrives pas » (E9, 1.258 à 1. 261). Elle explique : « *par exemple quand tu prends une tension, tu poses aussi des questions pour essayer de comprendre pourquoi. Mais si tu le fais pas t'emmèneras pas le patient dans ta démarche, un malaise, pour inobservance du traitement, y'a souvent un problème derrière : un problème social, ou autre, voilà, et tu reviens dessus* » (E9, 1.264 à 1.268). E3, E5 et E9 sont toutes 3 issues d'anciens programmes de formation.

De même, 3 IDE trouvent que certains enseignements sont survolés et/ou manquent d'approfondissement. Pour E6, qui a débuté sa carrière en soins intensifs essentiellement de nuit, les enseignements de réanimation ont été insuffisants. Elle évoque aussi un manque d'approfondissement de la santé mentale, ce sont des compétences qui lui font parfois défaut à domicile où ce type de prise en charge est fréquent. Hors enregistrement, nous avons évoqué la difficulté à repérer les signes de décompensation chez le patient souffrant de troubles psychiatriques « *Je trouve ça un peu dommage parce qu'on te prépare pas forcément à ce que tu vas vivre...* » (E6, 1.122). E7, quant à elle et bien qu'elle soit favorable au nouveau référentiel de formation trouve que les soins relationnels pourraient être approfondis. Elle nuance en expliquant qu'il s'agit aussi de prédispositions personnelles et d'expérience et que finalement elle a quand même pas mal travaillé dessus. E9 trouve que les soins palliatifs sont abordés trop tard (au semestre 5), et que les ESI ne sont pas assez préparés à rencontrer la mort « *nous on le faisait tout de suite dans les 15 jours, je m'en souviens bien parce que j'avais ma grand-mère qui était en fin de vie à ce moment-là, donc c'était compliqué pour moi. Mais je sais qu'on le faisait tout de suite. C'est pas logique comme ça !* » (E9, 1.422 à 425). Elle ajoute « *Tout le reste c'était squeezé, qu'on comprenne qu'on est technicienne OK mais y'a pas que ça. Y'a pas qu'ça. En faisant que de la technique, alors, ok tu vas au bloc et là les gens ils dorment* » (E9, 1.427 à 429). Notons que E6 et E7 sont issues des premières promotions du nouveau référentiel et E9 de l'ancien référentiel.

2 IDE regrettent les mises en situations professionnelles (MSP). Il s'agit d'un examen pratique sanctionné par une note sur 20 points consistant en la présentation orale d'une analyse de situation clinique (raisonnement clinique et projet de soins) associée à la réalisation d'un ou plusieurs soins relatifs à cette prise en charge. Elles étaient au nombre de 2/an, toutes validantes pour l'année de formation. À cette occasion, l'ESI était évalué par un formateur permanent de l'IFSI qui se rendait au chevet du patient, et par un membre de l'équipe, le cadre de santé de l'unité, le plus souvent. La dernière MSP, juste avant l'obtention du diplôme, le conditionnait souvent. Ces MSP suscitaient beaucoup d'appréhensions et de stress, comme le souligne E9 :

« *Moi j'en dormais pas la nuit hein la veille de mes MSP. C'était un truc de dingue, à se mettre mal au ventre* » (E9, 1.363-364). Elle semble toutefois penser que ce stress était une bonne chose et invitait les étudiants à faire des liens. Elles ont été supprimées des modalités d'évaluation de la formation justement pour cette raison et surtout parce qu'elles relevaient davantage d'une mise en scène où les conditions d'exercice n'étaient pas conformes à la réalité du terrain et aux pratiques usuelles.

E5 nuance en effet son point de vue à ce sujet : « *Après des fois c'était aussi tout un cinéma. Aux urgences par exemple y'a personne qui prend son ptit chariot avec tout... le container à aiguille, son ptit... [...] Nous on dit aux étudiants nous on fait comme ça, mais toi t'es étudiant donc tu l'fais comme il faut le faire normalement, parce que forcément si dès l'début tu fais des trucs qu'il faut pas faire... ben ça va aller de pire en pire quoi...* » (E5, 1.168 à 1.176). Ce qu'elle regrette surtout dans la MSP c'est qu'elle obligeait l'étudiant à réaliser une démarche de soins, à analyser les besoins selon la méthode de Virginia Henderson qu'elle cite. Selon elle, les MSP « *permettaient quand même de voir si les étudiants avaient compris la PEC dans la globalité [...] de voir si les étudiants avaient compris tous les traitements pourquoi, euh... pour moi c'était bien pour évaluer... rires* » (E5, 1.161 à 166). Elle reconnaît que ces évaluations étaient contraignantes et chronophages mais trouve que le temps qui y était consacré était important. Hors entretien, E5 nous avait confié que ce qui était appréciable dans la MSP, était la venue d'un formateur de l'IFSI, cela permettait des échanges et de maintenir le lien entre terrain et théorie. Nous avons compris aussi que le fait que la MSP était institutionnalisée et validante permettait une meilleure reconnaissance du temps dédié à l'encadrement et l'évaluation des ESI. La personne qui co-évaluait avec le formateur était détachée des soins le plus souvent. Aujourd'hui il est plus difficile d'organiser ce type d'encadrement car l'aspect formatif n'est pas reconnu en terme de charge de travail (ou peu). Enfin, E4 évoque les bénéfices des MSP « *fictives, informelles* » (E4, 1.166) puisqu'il n'a pas connu la MSP normative de l'ancien référentiel de formation, « *ça m'a aussi aidé du coup à m'perfectionner* » (E4, 1.166). Il évoque toutefois ses représentations négatives de la MSP dans ses aspects officiels, « *ces MSP qui conditionnaient ce jour-là à faire tout nickel* » (E4, 1.164).

2 IDE remarquent que les ESI ont du mal à établir des liens entre les pathologies, les traitements et les observations cliniques : « *Le problème c'est qu'ils font pas les liens, ils reconnaissent une détresse respi OK, mais ils arrivent pas à identifier les causes possibles. « Ah oui on a eu le module il y a 1 an... » ben oui mais... c'est sensé être acquis donc tu dois arriver à faire les liens* » (E9, 1.315 à 317). E9 trouve que les ESI manquent globalement de connaissances, qu'ils

ne travaillent pas assez leurs cours : « *ils partent très confiants alors que... et niveau technique ils savent très bien qu'ils sont pas au point donc du coup ils restent vraiment cantonnés à ça et t'as beau leur dire bosses, bosses, bosses tes pathologies, faut au moins que tu connaisses les mécanismes de base, ton anatomie, de base déjà, ton mécanisme et un minimum de pharmaco et après tes paramètres tout ça, les normes tout ça, c'est déjà pas mal et ça dans chaque domaine et la technique suivra* » (E9, 1.304 à 308). Selon elle, les ESI ne font pas assez de recherches complémentaires alors que les sources documentaires sont devenues très accessibles. « *Après tout n'est pas à l'école, c'est comme pour les enfants au primaire, au collège, t'as un truc que tu comprends pas, tu sais pas ben, tu bosses à côté, maintenant tout est plus simple, t'as accès à tout, tu vas sur internet, tu cherches, t'as des cours en ligne [...] il faut se donner les moyens, ça tombe pas du ciel... C'est la poursuite de l'assistantat, c'est souvent ça encore* » (E9, 1.328 à 335). Elle pense que les motivations à exercer la profession ont changé et regrette qu'elles soient de plus en plus « alimentaires ». Certains sont attirés par le domaine parce qu'il est porteur d'emploi et de stabilité socio-économique plus que par vocation.

Chez E3, le discours est plus en faveur d'un manque de perception de la globalité des prises en charge mais qui rejoint le discours d'E9 sur le manque de liens établis par les ESI. Hors enregistrement c'est une problématique que nous avons également abordée et qu'E3 met surtout en lien avec la survalorisation du côté technique du soin. Elle dit que les ESI oublient souvent de tenir compte des pathologies et ne profitent pas assez de leurs stages pour assouvir une curiosité qui leur fait défaut et explorer toutes les possibilités de formation qu'offrent le lieu de stage. E9 avait déjà évoqué ce manque de curiosité lorsqu'elle abordait sa conception de la compétence infirmière. Selon elle, ce peut être lié également à la structuration de la formation qui fonctionne de manière très transversale en comparaison du schéma de l'ancien programme qui fonctionnait par bloc modulaire, selon elle cette ingénierie est illogique : « *Nous à l'IFSI en première année, on voyait toute l'anatomie puis en 2^{ème} année on rentrait dans les pathos, la cardio, le digestif et on revoyait toute l'anat. à ce moment-là, toutes les pathologies du système digestif, tous les SI et toute la pharmacologie, ça faisait un bloc beaucoup plus cohérent que là, t'as un bout là, un bout là...* » (E9, 1.92 à 95). E1 aborde également cette problématique, faisant référence à sa propre formation « *je me serais sentie plus à l'aise euh... si euh... avec le format de l'ancienne réforme, parce que j'avais pu échanger avec les anciennes infirmières, qui disaient que c'était mieux avant. Et c'est vrai que la structure qui permet*

d'avoir des UE par thématiques ou apprendre des choses concrètes dès le début, euh..., ça aurait été... ça aurait beaucoup plus facilité les choses (E1, 1.221 à 225).

De même, pour E1, la formation proposée actuellement est trop théorique, « *c'était vraiment trop abstrait... vraiment trop abstrait et... moi j'ai pas du tout aimé cette formule-là* » (E1, 1.228-229), Ainsi pour elle, la formation actuelle ne répond pas aux besoins immédiats d'enseignements concrets pour se préparer aux stages et à l'exercice professionnel, « *beaucoup de concepts, surtout la première année qui même si elle est intéressante, pour moi, elle euh... à part tout ce qui est hygiène des mains, ou euh... ergonomie, ça c'est essentiel* » (E1, 1.246 à 248). Elle aurait préféré « *plus de choses concrètes pour pouvoir s'autonomiser facilement et pas avoir peur en arrivant... [...] la pharmaco, les grandes catégories de médicaments, ça c'est important dès le début... les actes techniques aussi tout ça, maximiser tout au début, histoire de laisser les choses compliquées pour plus tard, quand on a muri au niveau des terrains de stages quoi. Parce que là, c'était trop de blabla pour pas grand-chose, j'trouve.* » (E1, 1.251 à 258). Selon elle, les grands concepts et théories de soins, la SP, sont des enseignements qui devraient être proposés plus tard, lorsque la base est acquise. E9 trouve également que la théorie est parfois éloignée de « *la vraie vie* » (E9, 1.441). E2 pense également qu'en début de formation ou de carrière, les théories sur les soins relationnels, la SP ou toutes les sciences contributives comme la psychologie, la sociologie... sont complexes à assimiler et ne sont pas une priorité. C'est l'expérience qui permettra d'établir des liens et d'avoir une vision plus large « *en première année où on a quand même pas mal de cours théoriques, on a aussi la psycho, on a aussi euh, fait voilà, plein d'UE qui sont quand même très théoriques* (E2, 1.146 à 148). Nous reviendrons sur son point de vue lorsque nous aborderons la question de la réflexivité dans la pratique et dans les méthodes d'encadrement.

Concernant E1, la formation est perçue comme trop exigeante en termes de capacités d'adaptation, elle a le sentiment d'avoir dû sans cesse s'adapter aux différents lieux, à leurs exigences et faire énormément de recherches personnelles pour y parvenir, « *on était vraiment propulsé et c'était à nous de trouver les ressources personnelles pour s'adapter* » (E1, 1.231-232), elle a eu l'impression d'être « *autodidacte* » (E1, 1.215). Elle est à la fois consciente que c'est justement une compétence nécessaire en tant que professionnel mais ne fait pas de liens entre ces compétences d'adaptation à acquérir et la logique du programme qui vise justement à les développer. Nous verrons, que pour E10, cette évolution du modèle de formation est au contraire un aspect positif qui permet de développer une posture réflexive.

Enfin, concernant les points négatifs de la formation, E9 évoque le manque de variation des stages et une alternance qui ne permet pas suffisamment d'entrevoir toutes les dimensions du soin et des possibilités de prises en charge. Elle déplore que les étudiants arrivent parfois en stage aux urgences avec pour seuls bagages des stages en EHPAD, en SSR ou en santé mentale, où ils n'auront pas forcément pu acquérir les bases des techniques de soins et mettre en pratique les enseignements sur les processus pathologiques ou la pharmacologie « *si t'as 10 semaines de stage dans un EHPAD, très vite ils sont autonomes, ils les lâchent et ils sont comptés dans le personnel et des fois après quand ils arrivent aux urgences, en USC, ils savent même pas piquer, le minimum, même une prise de sang...* » (E9, 1.83 à 86). Elle explique : « *à l'époque j'avais fait... on faisait 5 stages dans l'année, 5 ou 6 fois 1 mois, mais du coup c'était court mais on était tout de suite dans l'bain, on s'posait pas 500000 questions, et on y allait, on cherchait et on passait par de la chir, de la médecine, on avait chaque année un stage de SP, stage de pédiat, de la psy, donc on balayait super large et on se faisait une idée du boulot* » (E9, 1.77 à 81). En effet, le programme actuel ne prévoit plus que 2 stages de 10 semaines par année de formation, ce qui a diminué la variété des stages au profit d'une temporalité supposée renforcer le processus de professionnalisation. A propos de l'entrée par les compétences, elle dit : « *alors les compétences, je les connais pas* » (E9, 1.54). E9 regrette enfin que les formateurs ne se déplacent plus assez sur le terrain, elle dit « *Nous on aimerait bien aussi que les cadres de l'école viennent un peu sur le terrain, pour voir la vraie vie, le temps qu'on nous donne pour faire... mais tu peux pas faire des miracles aussi des fois* » (E9, 1.438 à 440). Elle rejoint là le point de vue de E5, et probablement celui de nombreux encadrants, cadres de santé managers, souvent maîtres de stages et formateurs d'IFSI. Elle se dit étonnée parfois que des gens qui n'ont plus aucun contact avec le terrain puissent enseigner.

Certains parcours facilitant la compréhension de la logique du programme de formation

Le tableau 15 synthétise les points positifs évoqués par les IDE favorables au programme de formation de 2009.

Points positifs

	STRUCTURES					DOMICILE				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Le nouveau référentiel est efficace pour développer la réflexivité/l'adaptabilité</i>	2			X						X
<i>Le nouveau référentiel est efficace pour développer le sens de l'organisation et de la priorisation</i>	1	X								
<i>Les IDE réfractaires à l'ancien programme sont en fait dans une posture de résistance au changement</i>	1									X

Tableau 15 : Points de vue positifs sur le programme de formation actuel

2 des 3 IDE évoquant des aspects positifs du nouveau programme de formation en sont issus. Ils sont également tous 3 titulaires de diplômes de type licences ou masters obtenus dans le cadre de la formation continue.

E4 et E10 évoquent une formation qui permet de développer des capacités de réflexion et d'adaptation, alors même que c'est une compétence fondamentale pour eux, comme nous l'avons déjà vu. E4 explique : « *dès le départ on m'a tout de suite dit qu'il faut savoir pourquoi tu penses à ça, et pourquoi tu réfléchis comme ça par rapport au patient qui est face à toi donc c'est ancré, rire... [...] moi je l'ai ressenti comme ça oui, j'étais bien préparé dans mon école oui par rapport à cette approche* (E4, 1.157 à 163). E10 pense que même si la véritable compétence vient et s'entretient avec l'expérience, en termes « *de questionnement, de remise en question et de réflexivité, justement moi je les trouve bien préparés* (E10, 1.189 à 190). Elle remarque dans son entourage professionnel que de ce point de vue, son avis est plutôt minoritaire, selon elle, il existe une incompréhension de la part des encadrants et dans cette incompréhension ils se rattachent à ce qu'ils connaissent le mieux, à savoir leur propre modèle de formation « *J'entends quand même souvent « ah non mais les nouveaux étudiants ils sont pas assez si pas assez ça... avec le nouveau référentiel* ». *Moi je trouve que c'est plutôt de la résistance au changement...* » (E10, 1.179 à 181). Elle explique : « *c'est des infirmiers qui sont diplômés depuis longtemps et ils se réfèrent à leur formation à eux : « nous en telle année, on savait faire ça, en telle année, on savait faire ça... » et en fait, le nouveau référentiel, il est pas du tout conçu de la même manière et finalement acquérir des compétences techniques, c'est le plus simple à faire... Il suffit que tu sois au bon endroit dans le bon service et que tu apprennes à faire un certain nombre de gestes... Moi je trouve ça beaucoup plus important de se poser*

des questions, de réfléchir, d'aller chercher les réponses, c'est ça que je trouve important. Et en fait, ils savent aller chercher les réponses » (E10, 1.196 à 202).

E2 quant à elle trouve qu'il est idéalement adapté pour développer les compétences de coordination et d'organisation des soins qui lui semblaient si chères en termes de compétences « *Alors pendant 3 ans, on m'a rappelé... prioriser... faire euh, de ... des, les liens, donc je pense que oui... rires... enfin la planification des soins, euh on l'a fait pendant 3 ans [...] y'a quand même une bonne base quand on est à l'IFSI* » (E2, 1.214 à 222).

Enfin, pour E7, « *cette histoire de compétences* » (E7, 1.64) est devenue beaucoup plus claire après avoir suivi la formation au tutorat. En effet, comme E1, elle avait rencontré beaucoup de difficultés en lien avec le manque d'appropriation, par les encadrants en clinique, du nouveau référentiel de formation et de l'entrée par les compétences et alors qu'elle était étudiante au moment de la réforme.

7.2.3.2 Point de vue sur la formation initiale en SP

Les souvenirs marquants de la formation en SP

Dans l'ensemble, les IDE interviewés gardent très peu de souvenirs de leur formation en SP. La plupart des éléments théoriques ont été oubliés, particulièrement pour les IDE les plus expérimentés : « *le souvenir que j'en avais quand je suis sortie de l'école, c'est que je voyais pas trop bien comment mettre en pratique ce qu'on avait appris en théorie et c'était quand même une vision un peu réductrice* (E10, 1.293 à 295). Pour E1 qui est pourtant fraîchement diplômée, peu de références théoriques ont été marquantes. Elle cite les objectifs SMART qui permettaient d'évaluer la pertinence des projets de SP menés en TD : « *ça m'a marquée ! rires A part ça, j'ai plus rien* » (E1, 1.122-123). Selon elle, c'était très théorique, « *beaucoup de blablas* » (E1, 1.119) ... Pour E2, « *c'était une UE un peu euh ... un peu à part...* » (E2, 1.130), des enseignements considérés comme plutôt secondaires à ce moment-là de la formation, ceux « *qu'on va mettre de côté pour plus tard...* » (E2, 1.143). E6 a davantage de souvenirs en lien avec sa formation d'aide-soignante, elle trouve d'une manière générale qu'il s'agissait d'une formation plus pratique qui permet d'acquérir les bases concrètes et utiles pour l'exercice professionnel. C'est une formation qui l'a davantage marquée. Pour E3 et E8 qui ont obtenu leur diplôme dans les années 1980, la formation est trop lointaine pour s'en souvenir. E3 évoque des enseignements sur l'organisation sanitaire, la sectorisation en santé mentale... Elle explique qu'à l'époque de sa formation, en 1987/88, on n'était pas vraiment encore dans ce schéma-là. Elle évoque une formation centrée sur la personne, dans sa singularité, selon le modèle de

Virginia Henderson qu'elle cite. Elle dit « *on était vraiment concentré sur le soin, le soin, la personne* » (E3, l.150-151). E9 a des souvenirs du module et des stages obligatoires mais pas des contenus des enseignements de manière précise.

La plupart d'entre eux évoque quelques souvenirs en lien avec des activités concrètes de SP (5 IDE/10) ou des stages (5 IDE/10).

Le tableau 16 suivant synthétise les souvenirs de formation évoqués par les IDE enquêtés :

Souvenirs marquants de la formation en SP

		STRUCTURES					DOMICILE				
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Actions concrètes</i>	5	X	X				X	X			X
<i>Stages</i>	5		X	X		X			X	X	
<i>Connaissances et compétences difficiles à valider</i>	2	X		X							
<i>Formateurs passionnés</i>	2	X									X
<i>TD en formation AS</i>	1						X				
<i>Aspects règlementaires/ découpage de l'offre de soins</i>	1	X									

Tableau 16 : Souvenirs marquants de la formation en SP

Des IDE davantage marqués lorsque les enseignements de la SP étaient pratiques

On ne peut pas réellement établir de corrélations entre les modes d'exercices professionnels et les souvenirs de la formation en SP. En revanche, on s'aperçoit clairement que les IDE issus du nouveau programme et qui ont connu la mise en œuvre d'actions concrètes de SP dans le cadre de l'UE 4.6 : « *soins éducatifs et préventifs* », les évoquent systématiquement dès lors qu'il s'agit de se souvenir de la formation en SP : « *la seule chose qui m'avait marquée, c'est parce qu'on avait fait des travaux pratiques, on devait faire des projets en petits groupes, euh sur le sujet qui nous plaisait dans une structure quoi...* » (E1, l.109 à 111).

E2 cite elle aussi immédiatement les travaux et les recherches menés dans des structures. E6, E7 et E10 citent également des actions de sensibilisation menées dès le début de la formation : « *en formation infirmière ben tout de suite à la rentrée on avait fait une action de SP, avec des stands, c'était vachement sympa... on était sur différents thèmes de santé publique* (E6, l.181 à 183). Elle a apprécié cette méthode pédagogique, expérientielle et originale pour aborder une thématique qui lui semblait déjà importante après sa formation AS: « *C'était sympa parce qu'on*

pouvait discuter avec les gens et voilà, des gens « banals » et c'était différent... » (E6, 1.184-185). E7 évoque le même type d'actions : interventions auprès du grand public dans les rues commerçantes de sa ville, interventions sur la prévention des caries en écoles, distribution de soupes dans des associations... Comme E6, elle a beaucoup apprécié cette expérience, « c'était bien, c'est une forme sympa, beaucoup plus concrète quoi... » (E7, 1.125-126). De même, E10 se souvient d'avoir réalisé des sondages et des prises de tension artérielle dans la rue en rapport avec la prévention des risques cardio-vasculaires. Pour E1, « c'est vraiment parce qu'il y avait cette UE qu'on avait fait un projet concret que ça m'a marqué... » (E1, 1.117-118).

En ce qui concerne les IDE issus de l'ancien programme et qui n'ont pas connu les actions de promotion de la santé de l'UE 4.6, ils font pour la plupart référence à leur stage en SP sans toutefois avoir été marqué par celui-ci. E3 se souvient vaguement d'un stage de 15 jours où des actions de SP avaient été menées en groupe mais ne semble pas avoir été marquée, elle ne peut dire avec précision de quoi il s'agissait. De même pour E9. E8 se souvient d'avoir été en stage dans une raffinerie, il ne dit d'ailleurs pas explicitement tout de suite qu'il a fait un stage en médecine du travail. Ce qu'il a surtout apprécié durant ce stage, c'est d'avoir découvert le milieu de l'industrie pétrolière et d'avoir pu apprendre beaucoup de choses qui ne sont pas forcément en lien avec sa formation. E5 se souvient d'avoir effectué un stage en école maternelle et d'avoir mené une animation de promotion à la santé, mais elle n'y attribue pas une grande valeur en terme d'intérêt professionnel.

2 IDE évoquent les difficultés rencontrées par les ESI pour valider la compétence 5 en stage ou pour valider l'UE 1.2.S2. Elles exercent toutes les 2 en structures de soins. Nous pouvons penser que ce sont des secteurs où il y a beaucoup plus d'étudiants à encadrer et donc de situations où il en est question. E1 fait référence à sa propre expérience : « chaque fois qu'on allait quelque part, on nous disait « ah ben non, on fait pas de euh... de promotion ou de prévention... de la santé » donc c'était très difficile à obtenir ces petites croix... » (E1, 1.113 à 115). Elle évoque là une difficulté rencontrée par beaucoup de tuteurs et encadrant qui ne maîtrisent pas forcément le référentiel de compétences et évaluent de manière variable leur acquisition en stage. C'est le cas en particulier pour C5 mais aussi pour C10, C1 ou parfois C4 (réactions en situations d'urgences). E3 elle, fait référence à la problématique que nous évoquions en début de réflexion : des ESI en échec à l'UE théorique de SP et qui partagent leur angoisse ou leur déception entre eux et lors des stages : « la seule fois où on entend la SP c'est quand on entend les étudiants dire ... « ben voilà on a planté notre SP ! » » (E3, 1.170 à 172).

E1 et E10 évoquent toutes deux la passion et l'engagement de formateurs qui ont enseigné la SP, pour E1, c'est une qualité qui lui a permis d'être davantage attentive en cours, quant à E10, elle rend hommage à l'une d'entre elles qui l'a vraiment sensibilisée aux dimensions globales de la santé et notamment dans le cadre de la fin de vie, mais ce n'est que plus tard qu'elle en a pris conscience réellement. Nous y reviendrons par la suite.

Enfin, E6 fait référence à des TD auxquels elle a participé lors de sa formation d'AS. Il s'agissait de comprendre les liens entre prévention et ES sur la base de la thématique du tabac. Elle explique que c'est lors de ce TD qu'elle a pu être sensibilisée très tôt à la dimension économique de la prévention : « *on s'était rendu compte de ce que gagnait l'État avec le tabac... ben il le réinvestissait dans la prévention et du coup je m'suis rendu compte de ça... de ce que c'est l'économie de la santé, et en fait y'a eu un truc qui m'est apparu, comme ça... (rires) et ouais on avait découvert plein de trucs grâce à ce travail et donc oui à travers ça, j'ai pu avoir cet état d'esprit là* » (E6, l.168 à 172). Toujours en référence aux enseignements sur la prévention du tabagisme elle dit « *ça m'a appris à pas culpabiliser les gens, c'est contreproductif* » (E6, l. 198-199).

7.2.3.3 Intérêt et utilité des connaissances en SP pour la pratique professionnelle

Les savoirs en SP : Un intérêt certain, oui mais pas tout de suite

La plupart des IDE enquêtés pensent que les savoirs en SP acquis en formation ont une utilité pour la pratique professionnelle. Seuls E5 et E8 qui sont les IDE ayant le moins de souvenirs n'en sont pas convaincus. A propos de son stage de SP, E5 dit : « *Franchement en école maternelle, y'avais pas de... Non ça m'a rien apporté par rapport à ça quoi...* » (E5, l.83 à 85). Le tableau 17 synthétise les points de vue en fonction des modes d'exercice.

	<i>EHPAD</i>		<i>HOPITAL</i>			<i>DOMICILE</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Intérêts et utilité de la formation en SP pour la pratique professionnelle</i>										
<i>Pas vraiment d'intérêt pratique</i>	2				X			X		
<i>Un intérêt mais pas forcément immédiat/nécessite de la réflexivité</i>	6	X	X			X	X		X	X
<i>Un intérêt dans le privé</i>	2	X	X							

Tableau 17 : Intérêt des enseignements de SP pour la pratique

Pour une majorité d'IDE (6 IDE/10) dont 2 IDE/2 en EHPAD et 4 IDE/5 à domicile, soit presque l'ensemble des personnes exerçant sur des lieux de vie, les savoirs acquis en formation sont transférables à la pratique professionnelle. En effet, à l'exception d'E8 dont la formation en SP était très minimaliste, les IDE exerçant en lieux de vie les trouvent aujourd'hui utiles. Aucun IDE exerçant à l'hôpital ne fait partie de ce groupe. E2 dit « *la SP, c'est un enjeu, économique, c'est un enjeu social, donc bien sûr c'est pertinent* » (E2, 1.309-310). E4 ne s'en rendra compte qu'en fin d'entretien, nous y reviendrons. On serait tenté d'en déduire que l'exercice auprès de personnes n'étant pas forcément malades favorise une compréhension différente ou du moins plus large de la SP et de ses champs d'intervention. Nous l'avions déjà suspecté lorsque nous avons analysé les représentations en lien avec la SP et l'ES.

Pour E1, c'est « *quand même une compétence essentielle, bah qu'on retrouve un peu au quotidien... qui est bien à petites doses hein, mais c'est pas un soin à proprement dit mais c'est ce rôle-là qu'on a de conseil...* » (E1, 1.127 à 129). Malheureusement selon elle, c'est aussi justement sur la promotion de la santé et la prévention qu'on économise le plus souvent faute de temps. « *C'est un peu frustrant... on essaie au maximum quand même mais euh, c'est partout pareil je pense, c'est le facteur temps qui est limitant...* » (E1, 1.310-311). Elle explique qu'au quotidien, l'obligation de se projeter sur le court terme prend souvent le dessus sur des objectifs à moyen ou long terme, comme ceux que l'on pourrait se fixer dans une perspective éducative ou préventive : « *Dans le quotidien, c'est plutôt l'urgence des soins, les papiers, ce qui est important, comme moi ce matin, parmi mes choses à faire, quelle est la chose la plus urgente... importante, parmi, mes choses à rayer quoi. Mais ouais, on priorise et en fonction du temps qui reste, on voit. Dans la réalité, c'est comme ça oui...* » (E1, 1.321 à 324). Elle revient ensuite sur les limites et contraintes qui norment l'activité. Elle évoque notamment un besoin de répéter sans cesse les choses pour faire évoluer les pratiques de l'équipe et apporter du sens au soin, « *c'est un effort nécessaire au quotidien mais ça c'est fatiguant* » (E1, 1.332 à 333). In fine, pour E1, la SP est plutôt une question de posture, « *pas uniquement un acte ... est-ce que c'est les concepts de l'école qui m'en ont inspirée, je suis pas sûre...* » (E1, 1.139-140).

Pour E1, E2, comme pour E10, « *c'est beaucoup plus tard, une fois qu'on exerce qu'on s'en rend compte...* » (E2, 1.133). E10 admet qu'elle « *avait horreur* » de la SP à l'IFSI (E10, 1.233), ce n'est qu'une fois qu'elle a commencé à travailler en réseau qu'elle en a vraiment compris le sens, « *elle m'a été utile quand j'ai été embauchée au réseau parce que j'ai enfin compris à quoi elle m'avait servi [...] j'ai vraiment compris quelle était la dimension de ce qu'on pouvait proposer à la population, civile et soignante d'ailleurs, la formation des soignants et tout ça,*

ça fait quand même partie intégrante de la SP à mon avis» (E10, 1.186 à 293). Selon E2, au moment où ont lieu les enseignements de SP, on n'en voit pas bien l'utilité et on ne peut pas forcément mobiliser. Même en stage en entreprise, rare pour un ESI comme elle du nouveau programme, elle n'a pas su voir les liens, *« franchement sur le coup j'y pensais pas que c'était ça que j'étais en train de faire en fait »*. (E2, 1. 139-140). Elle fait référence aux besoins déjà évoqués infra en formation et en début de carrière, il faut déjà tellement se focaliser sur des enseignements plus directement utiles comme les processus pathologiques, la pharmacologie... que les UE conceptuelles, on les garde pour plus tard. Concernant les enseignements de SP, de psychologie... *« on voit pas forcément le lien sur le terrain »* (E2 1.148). Selon elle, il est nécessaire d'avoir de l'expérience et de pouvoir prendre du recul pour visualiser la SP. Toujours selon elle, cela ne peut se faire qu'une fois qu'on a acquis une certaine aisance sur des soins ou des prises en charge plus concrètes du quotidien, des automatismes qui permettent de se détacher, alors seulement *« on peut sortir un peu, réfléchir un peu à ce qu'on fait... »* (E2, 1.159-160). Elle compare la SP avec le raisonnement clinique et explique que ce n'est qu'avec l'expérience qu'elle a enfin pu comprendre l'intérêt des enseignements et faire des liens avec la pratique professionnelle : *« comme les projets de soins par exemple, j'me suis rendue compte par exemple quand je travaillais... en fait ben là j'suis en train de faire un projet de soins... rires... c'est comme le faire dans ma tête mais je... je l'fais voilà et euh c'est oui je pense qu'il faut de l'expérience et pouvoir prendre du, du recul euh par rapport à son propre travail »* (E2, 1.153 à 157).

Pour E9, les enseignements ont été profitables dès le début de carrière, puisqu'elle explique que lors de son premier poste en service de diabétologie, les prises en charges éducatives étaient primordiales. Elle travaillait en collaboration avec des IDE d'ETP pour prévenir les complications du diabète *« le but du jeu, c'était de pas les revoir, que en amont tu arrives à donner un tempo pour que ensuite, euh pour pas que ça dégénère, pour moi c'est tout à fait bénéfique, pour éviter toutes ces ALD qui coûtent je sais pas combien à la sécu et que tu revois et que tu revois.... C'est compliqué et que... multiples hospitalisations, multiples examens, multiples interventions parce que voilà il faut un stent, il faut amputer un premier orteil, un deuxième, les métas, tout ça, ça coûte un bras, ça coûte cher à la sécu »* (E9, 1.200 à 205). Concernant les politiques de santé et l'ES, c'est surtout lorsqu'elle a commencé à travailler aux urgences et qu'elle s'est rendue compte des nombreux abus et d'un mésusage en général des services de secours, qu'elle a commencé à prendre conscience de l'intérêt de toute cette organisation mais aussi ses limites : *« tout est remboursé, pourquoi s'embêter à aller ailleurs,*

*je cotise, j'y vais, ça tombe du ciel, ils se rendent pas compte de tout ce qu'il y a ; toutes les ALD, tout c'qu'on discutait ce matin⁴³, avec les transports là... C'est encore une euh c'est un ... tout c'que les gens demandent, ils le reçoivent... » (E9, 1.216 à 220). Elle relativise tout de même, « *Après faut l'accès aux soins à tout le monde mais je pense que y'a des choses à revoir* » (E9, 1.243-244), et ajoute « *la prévention, ça coûte pas cher, c'est juste expliquer parler, expliquer le pourquoi du comment...* » (E9, 1.251-252) ; selon elle, même si ce n'est pas valorisé au niveau du système, cela relève du rôle propre et de la conscience professionnelle.*

Enfin, pour E1 comme pour E2, la formation en SP a eu un intérêt dans leur vie privée, E1 explique que depuis qu'elle est diplômée, elle est régulièrement sollicitée par des proches pour des questions ou des conseils portant sur la santé « *on est toujours là, à avoir ce rôle, cette image populaire, de la personne qui va conseiller, qui fait toujours des bons choix, qui prend soin d'elle... qui va faire oui qui va faire de la promotion de la santé de façon générale... c'est un peu l'image qu'on a dans le grand public* » (E1, 1.135 à 138). E2 a la même impression, « *une fois qu'on est infirmier, ben on nous demande énormément de conseils* » (E2, 1.188-189), elle fait référence à la pandémie de la covid comme exemple « *c'est même pour ça que j'me suis fait vacciner aussi... pour euh... rires... pour inciter aussi les autres de ma famille à l'faire, qui ne voulaient pas et euh du coup... voilà, forcément, en tant que professionnel de santé on intervient aussi à l'extérieur...* » (E2, 1.192 à 195).

7.2.3.4 Pratiques d'encadrement et SP

Des pratiques d'encadrement qui mobilisent peu la SP et sans vraiment la formaliser

D'une manière générale, les IDE mobilisent très peu la SP et les savoirs associés dans leur encadrement. Elle n'est, dans ces cas-là, pas nommée en ces termes, plutôt en termes d' « éducation » ou de « prévention » et aucun lien n'est fait avec les enseignements théoriques, hormis ceux portant sur les processus pathologiques et la pharmacologie (prévention et information sur les effets secondaires, conseil et surveillance clinique, ETP pour les maladies chroniques). Les IDE connaissent très peu les termes reliés à la SP et n'ont pas l'habitude de les utiliser. E9 décrit la démarche d'intervention en SP sans s'en apercevoir, « *ouais alors moi, ces termes, je les connais pas mais à chaque niveau, si il arrive un problème, tu reprends, tu recherches les causes du problème pour que la personne puisse le comprendre même si le*

⁴³ Focus O9

problème arrive, pas prendre ça pour un échec mais analyser, prendre la cause et éviter que ça recommence... » (E9, 1.127-130).

Pour cette partie de notre analyse, il faut préciser que les IDE exerçant à domicile encadrent très peu. Ils font souvent référence à leurs expériences en services de soins lorsqu'ils abordent la question. E9 qui exerce au SMUR encadre uniquement des étudiants en spécialisation Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État (IADE) ou des externes/internes en médecine d'urgence. Elle explique d'ailleurs que c'est un public très différent, « *C'est des pros qui ont déjà bossé, ils savent où ils mettent les pieds, ils connaissent l'hôpital, ils ont déjà encadré* » (E9, 1.459 à 1.460). Les ESI peuvent éventuellement venir y passer une demi-journée d'observation mais ne font pas réellement de stage au SMUR. A part E8 qui a accueilli une seule fois une ESI pour un stage à domicile, les autres libéraux n'ont pas encadré depuis qu'ils exercent dans ce contexte. E10 nous expliquera que c'est une frustration et un de ses seuls regrets par rapport à son expérience hospitalière. E6 ne l'avait pas verbalisé en tant que tel dans les entretiens mais nous l'avait également confié lors de la période d'observation. E8 a énormément apprécié sa dernière expérience d'encadrement à domicile.

Pour E2, « *on a tellement de choses à leur apprendre ... pour qu'ils développent certains réflexes... [...] y'a énormément de ... choses à euh, assimiler, donc c'est vrai que c'est pas la première chose à laquelle je pense... » (E2, 1.178 à 181).* E3 explique que la SP est abordée, mais de manière très globale et transversale aux soins, « *en fait c'est pour le bien être du patient donc on aborde la SP mais c'est quelque chose de très enfoui* » (E3, 1.166-167), elle ajoute : « *tout est imbriqué, et y'a pas... c'est pas vraiment des lignes définies, plus j'y pense, plus je m'dis c'est un tout, c'est un tri ... » (E3, 1.169-170).* E4 dont l'activité mobilisait principalement la compétence 5 lors des observations explique : « *je parle pas forcément de prévention primaire, secondaire et tertiaire... etc. ou promotion de la santé. On utilise beaucoup le terme éducation ici, rires... prévention bien sûr, mais c'est vrai que je ne fais pas le lien avec les concepts directement... de la théorie quoi... » (E4, 1.130 à 133).* De même, E6 fait référence aux soins éducatifs et à l'ETP lorsqu'est abordée la question de l'encadrement pour l'enseignement de la SP. E5 explique que lorsque les ESI viennent en stage aux urgences, ils sont rarement affectés au service de traumatologie parce que les soins techniques comme les poses de plâtres sont spécifiques et nécessitent une formation, ce qui fait que les ESI ne pourraient être qu'observateurs. Elle trouve cela dommage, car c'est dans ce secteur que les soins éducatifs sont les plus fréquents. Dans les autres secteurs, c'est souvent des « *personnes très âgées, souvent démentes euh... ils vont rien intégrer, à part savoir qu'on est là et savoir qu'ils peuvent sonner s'ils ont besoin de quelque chose, mais c'est tout ce qu'ils vont retenir,*

on peut rien apporter de plus. Dire qu'on est là, rassurer » (E5, 1.210-211). Elle explique que le contexte de l'urgence et l'angoisse qui y est associée empêche les personnes soignées d'être dans une posture d'écoute et d'attention et n'est donc pas favorable aux soins éducatifs « *je pense qu'en service de soins, comme en médecine, où ils restent quand même quelques jours, y'a plus cette possibilité de réexpliquer les choses... après elles ont pas forcément plus le temps de rester en contact avec les patients mais euh... mais le fait de les voir plusieurs jours de suite, pour plusieurs fois dans la journée pouvoir répondre aux questions, je pense que c'est plus simple, plus complet en services qu'aux urgences où on va donner des premiers éléments mais le patient est pas forcément assez euh capable d'écouter enfin dans ce moment ci* » (E5, 1.51 à 57). E8 dit : « *j'étais vraiment dans un service très technique avant, et c'était pas vraiment des sujets qu'on abordait vraiment, y'avait tellement de choses à voir et qui passaient avant. Les pathologies, la pharmacie, les appareillages, le monitoring, les pressions, un tas de trucs. Y'avait déjà largement de quoi faire et on se cantonnait surtout à ça* » (E8, 1.162 à 165). De même, E7 n'aborde pas la SP, plutôt des références biomédicales comme la pharmacologie. E9 explique que la prise en soins globale fait partie du rôle propre et qu'elle y accorde de l'importance dans son encadrement mais ne formalise pas vraiment les liens avec la SP non plus. Toutes les questions en regard de son point de vue sur l'usage du système de santé ne semblent, en revanche, pas abordées.

En fait, pour une majorité d'IDE, il semblerait que les questions de SP ne soient abordées qu'à partir des situations de soins éducatifs et préventifs et sans réellement y être référées de façon formelle.

Enfin, de même que nous l'avons abordé dans la problématique, 4 IDE/10 pensent que la SP relève davantage de secteurs plus spécifiques qui seraient mieux adaptés pour la formation des ESI à cette thématique. Elles sont majoritairement IDE hospitalières (3 IDE/10). E2 pense que les secteurs de la diabétologie ou de la néphrologie sont plus adaptés pour développer la compétence 5. E3 fait référence à l'addictologie et « *à domicile, y'en a beaucoup, j pense que c'est plus important à ce moment-là : enlever les tapis pour éviter les chutes... les surveillances diabétiques et quand tu vas au frigo tu dis oula, ah oui ça explique les 4 grammes* » (E3, 1. 414 à 416). E5 fait, elle aussi, référence à l'addictologie, elle cite également la santé scolaire, « *eux, c'est leur rôle essentiel, la SP...* » (E5, 1.129) ou la médecine. Avant de travailler avec le réseau, « *moi je mettais dans le même tas que les IDE en entreprise, en milieu scolaire, qui faisaient beaucoup de prévention etc. euh les... voilà les gens qui travaillent dans les administrations, ARS, sécu...* » (E10, 1.296 à 298).

Notons, qu'hors enregistrement suite à une coupure, E1 nous avait également confié que selon elle, la SP pourrait être davantage lisible dans des services spécifiques comme la santé au travail. Elle explique à ce sujet que beaucoup de résidents de son EHPAD sont déments, atteints de troubles psychiatriques ou semi-inconscients, ce qui rend les soins éducatifs très difficiles à mettre en place, surtout dans un contexte de charge de travail qui implique de prioriser les interventions sur prescription et en lien avec la coordination et l'organisation des soins. Elle n'évoque pas la prise en charge des familles, notamment en lien avec la pandémie qui a fortement restreint les possibilités de visites et explique en partie une forme d'apathie chez de nombreux résidents.

Des ressources pédagogiques/didactiques pour l'enseignement de la SP qui sont peu perçues avant les échanges en cours d'observation et surtout d'entretiens

Une majorité d'IDE (9 IDE/10) cite au moins une thématique potentielle d'apprentissage issue de la pratique quotidienne pour les enseignements de SP (hors situations en lien avec les observations), même si certains restent très vagues et centrés sur l'éducation. Seul E8 n'est pas du tout inspiré par cette question mais les autres se cantonnent à des thématiques et citent peu d'exemples explicites ou de situations précises.

Le tableau 18 synthétise le type de thématiques proposées selon les modes d'exercice.

	<i>EHPAD</i>		<i>HOPITAL</i>			<i>DOMICILE</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Prévention</i>	5	X	X	X			X			X
<i>Éducation</i>	3				X	X			X	
<i>Globalité de la PEC</i>	3		X	X						X
<i>Economie de la santé</i>	3					X	X		X	
<i>Covid</i>	2	X							X	
<i>Formation des professionnels</i>	1	X								

Tableau 18 : Thématiques de situations d'apprentissages évoquées par les IDE

En dehors de la thématique de l'ES qui n'est proposée que par des IDE exerçant à domicile (3 IDE/5), nous ne notons pas vraiment d'écart selon les modes d'exercice.

8 IDE/10 citent au moins les thématiques de la prévention (5 IDE/10) et de l'éducation (3 IDE/10). E4 cite les actions de prévention des effets indésirables des traitements : « *la prévention on en fait tous les jours... donc par exemple la prévention primaire, ça c'est avant la survenue... par exemple euh, quand par exemple un traitement antalgique, éduquer le patient par rapport au risque de surdosage... de constipation, de enfin tous les effets indésirables potentiels et prévalents des morphiniques par exemple. On les transmet au patient. Au début du traitement, comme ça ils sont déjà acteurs, dans la surveillance ou si le patient n'est pas en capacité de surveiller, on transmet à l'entourage ou aux infirmières à domicile* » (E4, 1.115 à 121). Il évoque également d'autres aspects du bien être : l'état nutritionnel, la sécheresse buccale... en lien toujours avec le traitement du cancer : « *tous les conseils, toutes les alternatives à transmettre au patient, pour le confort, pour les aider* » (E4, 1.171-172) ; après réflexion, « *Y'a aussi le moral, le sommeil, l'environnement, le mode de vie euh, le spirituel, tout...* » (E4, 1.197). De même, pour E10, la prévention et l'éducation n'étaient a priori pas de la SP mais elle change d'avis au fur et à mesure de l'entretien. C'est aussi le cas d'E7.

E5 cite des actions d'information et de conseils pour les patients placés sous anticoagulants et sous insuline pour les diabétiques ou lors de la mise en place d'atèles et de plâtre en secteur traumatologie mais n'a pas de situation précise en tête. E6 évoque l'éducation thérapeutique en général sans préciser. E9 cite également l'information et le conseil, « *Quand on a un trauma, expliquer qu'il y aura de la kiné, que ça prendra du temps, les amener à prendre conscience, qu'il faudra y aller mollo mollo. Ton patient il doit adhérer à ta prise en charge, faut qu'il comprenne ce que tu fais avec lui. Lui dire maintenant on fait ça, on va aller là pour faire ça...* » (E9, 1.374 à 378).

Pour E3, E4 et E10, la dimension globale de la santé rend la SP transversale aux soins : « *c'est vrai aussi que on a une santé globale, c'est ce qu'on disait avant, donc y'a l'psychologique, le social, le spirituel, c'est un tout donc oui on peut tout aborder...* » (E4, 1.183-184). Il ne s'en rend compte qu'à présent, c'est aussi le cas d'E10 : « *le fait de faire une prise en charge à la fois du patient, mais de son entourage de manière à assurer une qualité de vie et une santé optimale du patient et de l'entourage, ça fait partie de la SP si j'ai bien compris ...rires* » (E10, 1.345 à 347) .

3 des IDE exerçant à domicile, évoquent des situations où la dimension économique des soins peut être mobilisée. E6 relate une situation qui l'a marquée dernièrement : une dame prise en charge à domicile dans le cadre de soins palliatifs culpabilise devant le déballage du matériel

livré par la pharmacie et l'exprime. Pour la rassurer, E6 lui a expliqué que du fait d'être prise en charge à son domicile plutôt qu'à l'hôpital, elle contribuait par ailleurs aussi à un certain équilibre et que lorsque les soins sont nécessaires il n'y a pas à avoir de scrupules « *En fait ça m'a un peu euh, oui choquée et ça m'a fait de la peine, qu'elle dise ça et qu'elle croit ça...* » (E6, 1.218-219). Elle pense toutefois que ce pourrait être un bon sujet de réflexion pour un ESI. E7 cite l'apprentissage de la gestion de stocks dans une perspective économique mais admet que c'est la discussion qui lui permet de faire le lien à présent.

Seuls 2 IDE/10 considèrent la pandémie de covid-19 comme une situation potentielle d'apprentissage bien qu'elle ait été citée plusieurs fois dans d'autres thématiques en lien avec la SP. Pour E2, « *ça a fait prendre conscience euh, je pense à une grande majorité de la population et peut-être aussi au niveau du gouvernement, de l'importance de la prévention, enfin de la SP, ça bloque absolument tout un pays, enfin même pas un pays, ça bloque 5 continents, donc il y a une autre vision de la SP qui s'est développée, forcément* » (E2, 1.312 à 316). E7 remarque toutefois « *ça a changé beaucoup de rigueur dans l'hygiène, je trouve que les gens, enfin pour la plupart, sont beaucoup plus rigoureux là-dessus, ils sont beaucoup plus observateurs et font attention à des règles d'hygiène de base auxquelles ils étaient moins sensibilisés* » (E7, 1.86 à 89). En toute fin d'entretien et sans vraiment la citer comme situation potentielle d'apprentissage, E10 remarque à propos de la dimension collective de la SP « *alors là, avec l'exemple de la covid, c'est flagrant* » (E10, 1.525) Pour E1, en revanche, pendant la pandémie et l'urgence sanitaire, « *y'avait pas de questions à se poser... y'avait plus personne pour s'en poser d'ailleurs...* » (E1, l. 190). De même, pour E5, les patients admis aux urgences en état critique avaient surtout besoin d'être rassurés mais n'étaient pas en état de recevoir des soins éducatifs et préventifs.

Enfin, E1 cite une action de formation continue qu'elle a délivré au sujet du défibrillateur semi-automatique et des soins de premiers secours auprès du personnel paramédical et non médical de son établissement « *là oui, je pense que j'ai fait un peu de promotion de la santé, tout en le ramenant à quelque chose de concret dans l'exercice aussi de euh en tant que salariée... je faisais aussi le lien avec ce qui peut se passer dans la rue...* » (E1, 1.158 à 161).

7.2.4 Retour sur les observations

Nous avons souhaité confronter les IDE à l'activité observée en situation d'enquête, et aux situations potentiellement apprenantes pour la SP qui peuvent en être extraites. Ils ont d'abord été invités à proposer des situations, et dans un deuxième temps à commenter les situations suggérées par le chercheur. À la suite, nous présentons l'analyse de cette partie des entretiens.

7.2.4.1 Repérage spontané des situations potentielles d'apprentissage pour la SP

Une majorité d'IDE a repéré au moins une situation potentielle d'apprentissage parmi les activités du cours des observations ou des thématiques de SP en lien avec des situations du quotidien dont certaines font écho aux observations (7 IDE/10).

Le tableau 19 répertorie les réponses en fonction des modes d'exercice :

	<i>EHPAD</i>					<i>DOMICILE</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Pas de repérage spontané des situations</i>	3	X			X			X		
<i>Situations générales repérées</i>	2								X	X
<i>Proposent 1 situation précise</i>	3	X	X						X	
<i>Proposent au moins 2 situations précises</i>	3			X		X	X			
<i>Proposent au moins 1 situation répertoriée</i>	5	X	X	X		X			X	

Tableau 19 : Repérage spontané des situations répertoriées

Seuls E1, E5 et E8 ne sont pas inspirés et ne voient pas vraiment quelles situations pourraient être exploitées pour l'apprentissage de la SP. Nous ne pouvons pas vraiment établir de liens

particuliers entre les 3 IDE qui exercent dans 3 contextes totalement différents (respectivement l’EHPAD, les urgences et le domicile).

Parmi les 7 IDE ayant repéré des situations ou thématiques d’apprentissage, 1 IDE n’évoque pas vraiment de situations mais des généralités en lien avec la SP et l’activité, 3 IDE proposent 1 seule situation et 3 IDE proposent au moins 2 situations.

On constate que les IDE libéraux sont plus inspirés que les IDE exerçant en structure, elles sont 2 à proposer au moins 2 situations (vs 1 IDE en structure). 5 IDE proposent ou évoquent des situations que nous avons répertoriées.

Typologie des situations repérées spontanément

Le tableau 20 ci-dessous classe les situations proposées par thématiques en fonction des lieux d’exercice :

	<i>EHPAD</i>					<i>DOMICILE</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Promotion de la santé et de l'autonomie</i>	5	X	X			X	X			X
<i>Prévention</i>	5		X	X		X	X		X	
<i>Santé globale</i>	4			X		X	X			X
<i>Éducation du patient</i>	4			X		X	X		X	
<i>Coordination interprofessionnelle</i>	3						X		X	X

Tableau 20 : Thématiques des situations repérées spontanément

Situations en lien avec la promotion de la santé et de l'autonomie

5IDE/7 proposent des situations en lien avec la promotion de la santé et de l’autonomie. Elles sont 2 à exercer en structures et 3 à domicile.

E2 qui exerce en EHPAD cite la situation d’un résident en hébergement temporaire et pour lequel il est primordial de promouvoir l’autonomie. Dans la situation que nous avons répertoriée O2S1, E2 est en situation d’encadrement et reprend l’ESI qui s’appête à réaliser la glycémie capillaire du résident alors que l’un des objectifs du projet de soins est de le stimuler

à le faire lui-même. Elle précise d'ailleurs que c'est un point sur lequel elle a insisté auprès de l'ESI « *l'autonomie, dans la santé, la gestion de sa santé...* » (E2, 1.258). D'autres liens peuvent être établis dans cette situation, mais E2 ne les formalise pas : prévention de la déshydratation, promotion de l'activité physique, éducation/conseil et formation des professionnels de la santé.

E3 cite la situation répertoriée O3S3, en lien avec les conseils qu'elle a donné à la dame en vue de l'encourager à avoir un minimum d'activité physique « *d'essayer de la stimuler parce que c'est important aussi de pas rester couché, pour être bien dans son corps, il faut aussi un peu se bouger* » (E3, 1.246-247). Dans la situation, d'autres liens étaient possibles, mais E3 ne les formalise pas non plus : prévention des lombalgies chez le soignant, prévention de la iatrogénie et du mésusage des médicaments...

E6 cite la situation d'une dame épileptique où la prise en charge est essentiellement sociale : promouvoir l'autonomie et le maintien à domicile « *l'accompagner dans la gestion de sa maladie* » (E6, 1.240-241). Elle explique que c'est une prise en charge globale pas seulement une administration de thérapeutiques.

De même, E7 évoque la situation d'une dame chez qui elle intervient pour administration du traitement antalgique, elle explique que la prise en soins va bien au-delà d'un simple acte prescrit, il s'agit d'une surveillance mais aussi de « *l'encourager à se déplacer même si c'est pas grand-chose c'est toujours ça, faire attention à ce qu'elle boive assez...* » (E7, 1.154 à 156)

E10 ne donne pas d'exemple concret, mais sous-entend que beaucoup de prises en charge relèvent de la promotion de la santé.

Situations en lien avec la prévention

5 IDE/7 citent des situations qui peuvent être mises en lien avec la prévention, bien que les situations mêlent le plus souvent les concepts de promotion de la santé, de prévention et d'éducation.

E3 évoque de manière générale mais sans citer de situations précises, tous les actes de la matinée en lien avec la prévention des douleurs.

E4 fait référence à O4S1, une dame admise pour réévaluation de l'efficacité du traitement antalgique dans un contexte de cancer du sein. Elle ne parle pas bien français et a mal compris la posologie et le principe de son traitement. Durant l'entretien d'accueil et de recueil de données, E4 va explorer tous les effets secondaires des traitements morphiniques et prodiguer des conseils et des informations en vue de les prévenir.

E7 fait elle aussi allusion à la prévention de la douleur chez une dame qui souffre d'arthrose. Elle évoque également une situation en lien avec la prévention des escarres et une autre avec la prévention des troubles du transit et de l'occlusion intestinale. Elle explique qu'il s'agit surtout d'une vigilance à avoir pour repérer rapidement des problèmes ou des risques et mettre des actions adaptées en place « *Par exemple une chute, on va mettre en place des moyens de prévention et il y aura de nouveaux soins, adapter l'environnement, les chaussons, qu'ils aient bien des chaussures fermées, qu'il y ait des poignées aux toilettes. Ça aussi on va du coup appeler des assistantes sociales pour mettre en place différents matériaux. Oui on a parlé du lit aussi ce matin avec le mari d'une dame, ça aussi on essaie de faire en sorte qu'ils aient le meilleur matelas, adapté* » (E7, 1.166 à 170).

En lien avec la situation de la dame épileptique, E6 dit : « *c'est vraiment de la prévention pour qu'elle prenne le traitement à temps pour pas qu'elle fasse de crise ...* » (E6, 1.241-242)

Enfin, E9 fait référence à l'anticipation dans les prise en charges en urgence. Elle considère que l'urgence ne prive pas d'avoir un regard sur le devenir de la personne, sur son confort et ses besoins autres que médicaux. Elle donne l'exemple des informations qu'on lui donne pendant les soins pour prévenir l'angoisse et ses complications, ainsi que celui d'avoir une longueur d'avance sur le retour : le patient a-t-il ses clés, a-t-il pris un pyjama, quelqu'un est-il au courant de son transport à l'hôpital, qui faut-il prévenir ? Elle précise que c'est un ensemble de choses qui permettent d'anticiper les problèmes et d'améliorer les prises en charge. Elle fait référence à 09S1 « *on a expliqué qu'on va descendre dans l'ambulance, qu'il va être transporté où on va, ce qu'on va faire, mais ça gagne du temps pour les collègues, même si il redemande il aura déjà entendu quelques notions et voilà t'essaie de préparer à la suite, ça fait partie...* » (E9, 1.378 à 381).

Situations en lien avec la santé globale

4IDE/7 citent des situations en lien avec la santé ou le soin global.

E4 évoque le cas particulier des prises en charge palliatives où toutes les sphères de la santé sont balayées de façon à établir des diagnostics précis pour promouvoir la qualité de vie des personnes soignées. Il évoque l'entretien type pour tous les patients et précise qu'il se base sur les 14 besoins selon Virginia Henderson. Il évoque O4S1, une dame admise pour réévaluation de la prise en charge de douleurs chroniques dans le cadre d'un cancer du sein en stade terminal « *comme on l'a vu ce matin, y'a pas que les traitements médicamenteux, [...] l'histoire de la patiente qui avait une hyposialie, une xérostomie, une sécheresse buccale, ben du coup oui, on*

peut leur donner pleins de petits conseils du quotidien oui beaucoup de confort de conseils... (E4, 1.170 à 175). D'une manière plus générale, il explique « *si j'insiste aussi tous les jours avec mes patients pour la prise des laxatifs, c'est pour éviter un syndrome sub occusif par exemple, beaucoup sont sous morphine, les personnes sont en mobilisation physique réduite, elles sont dénutries, sous traitement de palier 3, morphiniques ou autres qui ont des effets indésirables, constipation...souvent chez nous les patients ils ont tout pour être constipés, donc j'insiste beaucoup sur le traitement laxatif, pour éviter les complications, le fécalome, ou pire l'occlusion... Y'a aussi le moral, le sommeil, l'environnement, le mode de vie euh, le spirituel, tout* » (E4, 1.191 à 197). Plus tôt, lors de l'entretien, il avait cité O4S2 pour expliquer qu'un soin peut revêtir 2 facettes. En effet, lors de cette situation où l'IDE menait un entretien d'accueil, le monsieur a évoqué sa maladie et son vécu difficile et l'entretien s'était transformé en entretien d'aide.

Toujours en référence à la situation de la dame épileptique, E6 explique que c'est une situation complexe « *c'est un peu un contexte mixte* », elle dit « *c'est pas être là que pour qu'elle prenne ses médicaments, mais c'est la faire évoluer sur pleins de choses, avant elle parlait pas, elle était plutôt opposée, maintenant elle est plutôt contente de nous voir... C'est global* » (E6, 1.252 à 254). Elle évoque ensuite O6S6, une dame épileptique aussi et prise en charge actuellement pour une brûlure suite à un accident liée à une crise. C'est la 2^{ème} fois que cela arrivait. E6 explique qu'il s'agit d'une situation globale, « *Elle aussi c'est beaucoup de choses, c'est pas que les pansements...* » (E6, 1.262-263). La dame souffre par ailleurs d'obésité, de lymphœdèmes des membres inférieurs et présente un ensemble de problèmes psycho-sociaux. Elle fait allusion à un événement durant les observations. Nous avons remarqué que le téléphone de la dame était décroché et avons fait la remarque. E6 nous explique que c'est un problème récurrent, la dame ne veut pas être dérangée par ses proches avec qui elle entretient des relations conflictuelles mais elle se met aussi en danger car elle est injoignable « *on lui répète tous les jours...* » (E6, 1.260).

E7 fait référence aux cahiers de liaison conçus pour balayer l'ensemble des problèmes de santé ou des risques et se transmettre les informations entre professionnels, cela contribue à la globalité des prises en charge et d'assurer une certaine qualité et sécurité dans les soins. E10 fait référence à la prise en compte du patient dans son environnement, avec ses ressources et ses difficultés.

Situations en lien avec l'éducation

4 IDE/7 citent des situations en lien avec l'éducation du patient, qu'ils nomment parfois ETP. Elle est largement associée à la promotion de la santé et à la prévention. Pour E4, se référant toujours à O4S1, c'est tous les petits conseils prodigués au fur et à mesure des entretiens, en vue de favoriser le bien être. Il explique qu'avec l'expérience, ses entretiens sont devenus de plus en plus pertinents, « *Chaque interrogatoire est personnalisé à la pathologie de la personne* » (E4, 1.189).

Toujours concernant le cas de la première dame épileptique qu'elle avait évoquée, E6 explique qu'en début de prise en charge, elle souffrait également de dénutrition et que le médecin avait formulé des objectifs de prise de poids. « *à force de discuter avec elle, de lui expliquer qu'il fallait manger correctement, quoi, de prendre les fortimels tout ça, elle est arrivée à prendre 10 kg...* » (E6, 1.245-246).

E7 évoque l'éducation à la prise en charge des douleurs chroniques en se référant à une dame souffrant d'arthrose. Elle évoque également les soins éducatifs en général sans se référer à une situation précise, elle cite les informations et conseils concernant les traitements et donne l'exemple des anti-coagulants : « *on leur dit bien si y'a apparition d'hématomes ou bleus, ne pas hésiter à nous prévenir, on leur redit à chaque fois* » (E7, 1.157-158).

E9 fait référence à l'éducation en général, qui fait partie de son quotidien comme elle l'a déjà expliqué. N'ayant réalisé qu'une seule intervention à ce moment de l'entretien, elle ne se réfère pas à une situation précise mais avait déjà donné plusieurs exemples dans les autres thématiques.

Situations en lien avec la coordination interprofessionnelle

E7 cite en général la traçabilité des informations et l'importance de la tenue du cahier de liaison pour que toute l'équipe pluriprofessionnelle puisse être au courant des problèmes ou risques dépistés et des actions mises en œuvre. Elle met cette collaboration en lien avec la santé globale et la prévention.

E9 évoque O9S1 pour expliquer que les interventions du SMUR doivent être menées dans une perspective de continuité avec les équipes qui vont prendre le patient en charge à leur arrivée à l'hôpital. Toutes les informations utiles aux collègues doivent être recueillies et transmises pour assurer la qualité des soins et du travail : « *de penser aussi quand ils ont des traitements particuliers, on emmène, quand y'a un appareil d'apnée du sommeil... parce qu'on sait très*

bien, les personnes âgées, parfois qu'il va y avoir une hospite derrière, donc on essaie d'anticiper... Ou quand ils sont juste en... la nuit .. en t shirt et en culotte, si y'a un retour le lendemain, tu essaies d'emmener au moins un bas de pyjama, de jogging, qu'ils puissent circuler... » (E9, 1.386 à 390).

De même, E10 cite la coordination en général, mais sans développer à ce moment-là. Elle donnera de nombreux exemples à la suite de l'entretien lorsque seront évoquées les situations repérées par le chercheur.

7.2.4.2 Réactions aux situations proposées par le chercheur

Nous avons proposé de 0 à 7 situations selon les IDE interviewés, selon les propositions spontanées qu'ils ont faites et selon la variété des temps d'observation. En effet, E4 et E9 ayant abordé par eux-mêmes les situations répertoriées, nous n'avons pas pu explorer davantage de situations. E8 n'ayant pas proposé de situations et ayant fait l'objet d'une longue période d'observation avec une multitude de prises en charge globales, nous lui avons soumis davantage de propositions.

Le tableau 21 synthétise les réactions globales aux situations proposées par le chercheur.

	<i>EHPAD</i>					<i>DOMICILE</i>				
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<i>Est d'accord</i>		X	X	X	X	X	X	X	X	X
<i>N'est pas d'accord</i>	X									
<i>Ne commente pas ou peu</i>		X	X	X	X		X	X		
<i>Commente</i>	X					X			X	X

Tableau 21 : Synthèse des réactions aux propositions du chercheur

La grande majorité des IDE semble en accord avec les propositions que nous leur avons faites (9 IDE/10). Seule E1 ne partage pas du tout notre opinion sur le potentiel formateur des situations évoquées...

Parmi les IDE qui sont en accord, une légère majorité (6 IDE/9) ne commentent cependant pas ou peu les liens que propose le chercheur. Ils sont très majoritairement IDE en structure de soins (4 IDE/6). A l'inverse, les 4 IDE/9 qui commentent les propositions, exercent majoritairement à domicile (3 IDE/4). E6, E9 et E10 sont les 3 IDE qui commentent et argumentent le plus leur point de vue même si les réponses d'E9 et E10 sont beaucoup plus générales qu'E6. E10 va enchaîner des idées en lien avec les situations et les échanges sur environ 150 lignes (1.384 à 528). E3 commente les propositions mais ne fait pas trop de liens avec la SP.

Nous avons décidé pour cette partie d'étudier chaque réponse de manière individuelle, tant les réactions sont singulières.

Réaction de E1

Le chercheur propose 2 situations à E1. La première correspond aux conseils pour prévenir les fausses routes alimentaires qu'elle a donné à un monsieur qui prenait son petit-déjeuner alors qu'elle faisait sa tournée du matin. Selon elle, il ne s'agit pas à proprement parler d'un soin, « *c'est pas exceptionnel* » (E1, 1.274-275), elle était là pour mesurer les paramètres vitaux et en a profité pour répéter les conseils prodigués par l'orthophoniste, parce que c'est un monsieur qui a besoin qu'on répète les choses pour qu'il les intègre. Elle ne voit pas le lien avec la collaboration interprofessionnelle et la prévention, entre sa posture pédagogique et l'efficacité ou l'efficience de la démarche éducative : « *Bah, franchement, non pour moi, j'ai fait que prendre la saturation et j'en ai profité pour lui donner un conseil mais bon de là à dire que c'est de la SP franchement non pas pour moi...* » (E1, 1.270-271). Selon, elle cela ne relève d'ailleurs pas de sa compétence, « *c'est pas trop mon boulot, plutôt celui d'autres professionnels* » (E1, 1.277), elle minimise la dimension éducative du soin au profit de l'acte technique pour lequel elle était venue : « *c'est pas si souvent que ça, moi j'ai juste pris la sat⁴⁴... (rires)* » (E1, 1.278-279). E1 ne proposait pourtant pas une définition orientée biomédicale. De même, pour la deuxième situation proposée, la coordination du transfert d'un patient dans un service d'urgence, en raison d'une altération subite de son état général en lien avec la canicule, elle relativise la dimension sociale de l'action : « *Oui c'est sûr, mais j'aurais pas fait le lien avec la SP... c'était comment dire, c'est important mais ça fait partie du quotidien, des priorités de tous les jours... et là encore c'était pas grand-chose...* » (E1, 1.284 à 286).

⁴⁴ Saturation en oxygène

Réaction de E2

Nous avons évoqué une situation où E2 s'entretenait avec une IDE du secteur de psychiatrie dont dépend un des résidents et à qui, au préalable, elle avait conseillé de s'hydrater et d'éviter d'aller se balader par cette chaleur. En effet, c'est un monsieur qui a tendance à s'alcooliser au cours de ses sorties et l'équipe craignait un accident ou un malaise. Elle reconnaît d'emblée que c'est une situation complexe, « *chaleur, déshydratation, alcool, c'est un monsieur compliqué...* » (E2, 1.265-266) mais a du mal à formaliser les liens avec la SP « *Là comme ça, de but en blanc, c'est difficile, c'est de la prévention... comme ça sans recul, c'est difficile...* » (E2, 1.270-271).

Réaction de E3

Nous avons évoqué 4 situations potentielles d'apprentissage avec E3 dont O3S3 qu'elle avait citée mais pas de manière globale.

La première faisait référence à la situation O3S2, qu'elle a partiellement vécue puisqu'une IDE a pris le relais du soin alors qu'elle intervenait sur une urgence. Il s'agissait d'une dame aux antécédents de chute qui n'avait pas du tout de chaussures adaptées et dont le lever a posé des difficultés. Elle ne commente pas vraiment mais relève les concepts associés : risque de chute, prévention, environnement, modes de vie... Elle ne commente pas la dimension économique identifiée. La deuxième situation évoquée faisait référence aux informations et conseils donnés à la fille d'un patient en instance de départ. Malgré l'affluence du travail à ce moment de la matinée, elle avait pris le temps d'expliquer avec beaucoup de bienveillance toutes les ordonnances et les documents de sortie. Elle minimise l'importance de son intervention éducative car la dame en question était une collègue infirmière qui avait déjà bien compris la prise en charge, elle admet que parfois, c'est plus compliqué et nécessite plus de temps, mais ne valorise pas vraiment son rôle éducatif. Elle explique à ce sujet qu'aujourd'hui les gens sont plutôt bien informés, mais ne fait pas de liens avec les risques d'un accès illimité à l'information justement. Elle ne fait pas non plus de lien avec la dimension économique de ses actions. La troisième situation que nous avons évoquée correspond à O3S3 qu'elle avait déjà citée. Nous lui faisons remarquer que nous pouvons explorer les concepts de santé au travail et de prévention des lombalgies. En effet durant la toilette, l'ESI s'y prenait maladroitement pour mobiliser la patiente et prenait des risques pour son dos. E3 est intervenue en la mettant en garde et en lui proposant une technique pour faciliter la manœuvre et protéger son dos. Elle élude la question de la prévention des lombalgies, alors même que c'était l'objet de sa remarque à l'ESI durant l'action et argumente son intervention en faveur du confort du patient : « *On voit*

le visage, alors que des fois ben on essaie de les forcer, de les pousser et ça leur fait mal. Et c'est simplement de faire ça, on le fait tout seul. C'est désagréable en plus... (E3, 1.323 à 325). Enfin, la dernière situation évoquée fait référence à la tournée de distribution des médicaments de midi, où elle réalisait chez chacun l'identitovigilance, une surveillance de la prise alimentaire et de l'hydratation. Elle donnait des conseils, notamment pour une bonne observance de la prise des antalgiques... Si elle admet qu'elle agit dans un objectif de prévention, elle insiste sur les objectifs centrés sur le patient et non dans une perspective collective ou encore moins économique « *Mais bon nous c'est surtout pour eux, pour qu'ils soient bien, éviter les hypos, la fatigue, les escarres, on pense pas à tout le reste... santé publique, tout ça... mais c'est vrai que c'est ça aussi...* » (E3, 1.387 à 389). E3 a conscience de la vulnérabilité du public qu'elle prend en charge et évoque en quelque sorte des déterminants de santé mais ne le formalise pas. Elle ne commente pas les liens que nous établissons avec le plan canicule, la qualité et la dimension économique de la prévention mais semble les percevoir.

Réaction de E4

Nous n'avons pas proposé de situation à E4 qui avait déjà évoqué les situations potentielles que nous avons relevées et avec qui nous en avons beaucoup discuté en période d'observation. Il faut préciser que l'entretien d'E4 a eu lieu en fin de poste et qu'il exprimait sa fatigue.

Réaction de E5

4 situations ont été proposées à E5 : l'une en lien avec O5S1 et des conseils qu'elle a prodigués dans un contexte de brûlure accidentelle, la deuxième en lien avec O5S3 ; des soins éducatifs dans un contexte de mise en place de plâtre chez un enfant ; la suivante en lien avec O5S2, où elle a pris en charge une patiente pour plaie traumatique du genou et qu'on peut relier à plusieurs niveaux de prévention ou concepts de SP ; et enfin la quatrième situation correspond à O5S4 où il était question de la prévention et du dépistage de la maladie de Lyme. E5 ne commente aucune des situations proposées mais ne semble pas en désaccord.

Réaction de E6

3 situations ont été évoquées avec E6. La première correspond à O6S1, une prise en charge globale d'un monsieur polyhandicapé dans un foyer d'hébergement. Elle argumente l'action en faveur de la promotion de l'autonomie : « *Il y a eu une période où on devait prendre le verticalisateur pour le lever et on s'est dit non, on va le motiver... on est passé par les encouragements et un peu ... un peu poussé ... et il a repris, il a réussi. Il faut qu'il reste*

autonome, il a 63 ans, je crois, et il faut qu'il conserve son autonomie. Lui a tendance à se laisser un peu glisser et en fait nous on le motive » (E6, l. 271 à 274). Lorsque nous faisons le lien avec la dimension économique de la prévention, elle dit « *il aurait des escarres, euh tu vois et ça demanderait une toute autre prise en charge que maintenant. C'est vrai que ça nous prend un peu de temps pour tout ça, mais pas tant que ça...* » (E6, l.280-281). Ensuite nous avons évoqué O6S3, un monsieur vivant dans le même foyer et chez qui elle a prodigué, entre autres, des conseils pour éviter l'infection de son cathéter vésical. Elle est surprise et ne se souvient plus de l'avoir fait « *J'avais dit ça ? En fait je le fais sans m'en rendre compte, je m'en rappelle plus... on s'en rend même plus compte, c'est vrai que ça on le rabâche aussi toutes les semaines et en fait on s'en rend plus compte* » (E6, l.298 à 301). Enfin, nous avons abordé O6S4, un monsieur pris en charge pour réfection d'un pansement de kyste sacro-coccygien récemment opéré et qui avait fait des recherches sur internet parce qu'il avait besoin d'informations concernant sa santé. A ce propos, elle cite une autre situation fréquente où une dame avait changé le protocole de soins de son pansement suite à une conversation avec son voisin totalement profane : « *souvent quand les gens lisent internet ou mon voisin m'a dit..., il faut expliquer aux gens qu'il faut aller vers les professionnels, sinon on s'en sort plus....* » (E6, l.314-315). La conversation l'amène à évoquer les difficultés rencontrées parfois dans la coordination des soins dont le temps n'est pas du tout reconnu. Elle parle d'une meilleure efficacité si la coordination était mieux organisée et si les IDE pouvaient avoir davantage d'autonomie dans les décisions, elle fait référence à une autre personne que nous avons rencontrée au cours des observations : « *tu vois euh le monsieur qui a des plaies aux jambes depuis des années, ben maintenant les consultations en dermato se sont arrêtées, parce qu'en fait ils se sont rendus compte qu'on se débrouillent très bien tous seuls...* » (E6, 354 à 356). En effet, les IDE ont souvent davantage d'expérience que les médecins dans le suivi des soins de plaies chroniques, parce qu'ils peuvent expérimenter les traitements et observer leur efficacité et/ou leurs inconvénients. Beaucoup d'IDE libéraux ont suivi des DU de type « plaies et cicatrisation » et certains IDE ont suivi la formation de stomathérapeute et sont devenus de véritables experts dans le domaine des plaies chroniques. Il s'agit peut-être d'une piste pour désengorger les services de consultation de dermatologie et de chirurgie et une perspective de reconnaissance d'une expertise infirmière.

Réaction de E7

Nous avons évoqué 3 situations avec E7. D'abord sa collaboration avec le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) pour la prise en

charge de personnes en situations de handicap. Elle ne commente pas vraiment et argumente le soin dans sa dimension micro. Ensuite nous évoquons O7S1 et le concept d'aidant familial dans la promotion du maintien à domicile. De même, elle est d'accord mais ne commente pas. Concernant O7S2 et la prévention des complications liées au diabète, elle est d'accord et cite le Plan National Nutrition Santé (PNNS) avec humour, « *Oui, mangez-bougez, rires...* » (E7, 1.226)

Réaction de E8

E8 commente très peu nos propositions, il écoute et donne quelques signes d'accord sans formaliser sa pensée. Nous lui soumettons les 7 situations que nous avons relevées, elles sont généralement en lien avec le concept de prise en charge globale et où beaucoup de niveaux de préventions ou d'action de promotion de la santé ou d'éducation avaient pu être identifiés. Lorsque nous évoquons O8S4, un monsieur hémiplégique qu'il avait énormément encouragé à se mobiliser afin de conserver ses capacités physiques, il mobilise le concept de promotion de l'autonomie pour argumenter ses interventions : « *lui c'est vrai qu'on le stimule, chez lui c'est vraiment dans la tête. Pendant plusieurs jours, il voulait pas se lever, parce qu'il rentrait de l'hôpital et je pense que là-bas il l'ont moins levé et donc là il avait décrété qu'il voulait plus se lever... et j'ai dit mais non, c'est quoi ça... Et maintenant, il se lève de nouveau, il est au fauteuil, il est tout à fait capable en fait...* » (E8, 1.221 à 224).

Réaction de E9

Lors de la partie de l'entretien où nous évoquons les situations potentielles d'apprentissage, une seule intervention avait pu être observée et E9, l'avait évoquée d'elle-même en parlant de l'anticipation pour l'efficacité des soins et des prises en charge. En revanche, la conversation débouchera sur de nombreux liens entre son activité au SMUR et la SP. Toutes ces thématiques ont été abordées précédemment (abus du système de santé, collaboration interprofessionnelle, économie de la santé et prévention des risques et du gaspillage, formation des professionnels de la santé...).

Réaction de E10

De même que pour E9, E10 réagit très peu aux 4 situations évoquées par le chercheur, elle écoute et semble approuver les liens proposés. En revanche, lorsqu'est abordée la question de mobiliser tous ces concepts lors de l'encadrement des ESI, débouche une longue conversation autour des liens qui peuvent être établis avec la pratique en général. Tous ces liens ont déjà été

évoqués infra (organisation du système de santé et collaboration interprofessionnelle, formation des professionnels de la santé, qualité, ES, dimension collective de la santé et de la pandémie...).

Mobilisation de situations potentielles d'apprentissage pour la SP lors de l'encadrement des ESI en stage

A la question de savoir s'il était possible de mobiliser ces situations pour l'apprentissage de la SP dans le cadre de l'encadrement clinique des ESI, tous pensent qu'on peut y parvenir, mais à des degrés différents et à condition de disposer de temps et de recul pour pouvoir le faire.

Pour E1, c'est peut-être possible d'aborder certains concepts, « *parce que finalement sur le court terme, ça nous apporte pas grand-chose, sur le moyen terme, peut-être que ça peut avoir un effet* » (E1, 1.318-319), mais ça ne l'inspire pas énormément. Elle insiste néanmoins sur le manque de temps et la nécessité de prioriser celui dont on dispose. Rappelons que selon elle, c'est malheureusement sur les actes éducatifs que l'on économise souvent le temps et l'énergie. Elle revient sur l'usure que peut représenter le fait de devoir sans cesse répéter la même chose que ce soit aux résidents ou aux autres membres de l'équipe.

E2, exerçant également en EHPAD et soucieuse de cette même gestion du temps est plus optimiste mais pense qu'elle doit d'abord pouvoir elle aussi adopter une posture réflexive pour pouvoir établir les liens qu'elle veut enseigner, ce qui sous-tend d'en avoir l'occasion et donc du temps également « *Alors, il faudrait moi personnellement que je prenne du recul sur ma journée, que je liste mes soins, c'est ma façon de fonctionner et de voir un peu ce que j'peux dégager pour les étudiants en fonction des objectifs [...] c'est pas pendant, voilà... du recul sur ma journée que j'réfléchisse à... enfin que je ... j'extraie un peu de tous mes soins des petites choses... mais c'est possible à faire* » (E2, 1.173 à 178). Elle explique ensuite comment elle s'y prendrait pour encadrer l'étudiant, c'est-à-dire en suscitant sa réflexivité, comme elle le fait habituellement lorsqu'elle encadre, quelle que soit la thématique : « *ben j'reviendrai sur la situation [...] j'extraie un peu ce qui s'est passé, ben ce que j'ai dit, de c'qui s'appelle de ce que j'ai dit, de ce qu'on a fait, etc... et ensuite je fais le lien ben tu vois ça euh, est-ce que t'as déjà vu ça en cours ? par exemple, est-ce que ça te dit quelque chose etc. et puis voilà, on fait euh... ou alors je lui dis ben voilà, là, j'ai fait ça, ça, ça, ben ça c'est de la SP. Et peut-être que ça va développer chez lui un petit euh... sans forcément s'en rendre compte mais quand il va dire euh... un moment, les conseils, « fermer les fenêtres », « fermer les volets quand il va faire*

chaud » on voit qu'il fait des liens... effectivement il va pt'être se dire ben là, je fais de la prévention, je fais de la SP, juste montrer des situations clés, où on travaille le sujet et ensuite il pourra les exporter ensuite sur d'autres situations et faire le lien avec celles d'avant.... » (E2, 1.276 à 286). Sans vraiment s'en apercevoir, elle décrit la construction d'une compétence en SP par l'analyse des situations.

Dans la mesure où elle comprend qu'elle fait de la santé publique régulièrement et de manière transversale dans son activité, E3 pense qu'il est possible effectivement de pointer davantage les liens entre les situations cliniques et la théorie sur la SP, « *On fait tous les jours, mais c'est peut-être plus à formaliser ? Effectivement j'avais pas forcément conscience » (E3, 1.417-418). Elle évoque le manque de formation des professionnels, en particulier dans le domaine de la SP. Elle cite notamment les aspects macro-sociaux du dispositif PRADO comme insuffisamment connus des soignants et un besoin de formation et de temps dans cette perspective. A propos de l'ES, elle dit, « ça dépasse mes compétences, clairement [...] si on était informé réellement, on pourrait décider » (E3, 1.116-120) et sans doute mieux expliciter le raisonnement qui guide les actions dans une perspective économique et de SP : « y'a des critères, tout ça mais c'est quand même essentiellement comptable tout ça et alors que nous on pourrait dire, ben si on faisait comme ça... ça faciliterait le soin, enfin ouais tout le reste... » (E3, 1. 133-135).*

Pour E4, c'est quelque chose de tout à fait cohérent, « *je vois pas de difficultés à faire le lien avec les personnes que j'encadre, puisqu'on fait bien le lien avec d'autres compétences, compétences, 1, 2, 3, la pharmacologie, tout quoi, donc y'a pas de raison que ça ne puisse pas marcher avec la compétence 5. Rires » (E4, 1.137 à 140).*

E5 pense qu'il est possible d'échanger sur la situation après le départ du patient, de prendre du recul et « *d'appuyer l'importance de euh... de l'éducation du patient par rapport à sa surveillance et tout ça oui... » (E5, 1.204 à 206). Elle nuance avec la particularité des urgences et de l'état des patients qui y consultent.*

E6 ne l'exprime pas vraiment mais sa spontanéité pour proposer des situations potentielles d'apprentissage et son intérêt déclaré pour l'encadrement montrent clairement qu'elle pense pouvoir mobiliser les situations du quotidien pour pouvoir établir des liens avec la SP, elle dit « *y'a plein de gens chez qui on fait de l'éducation thérapeutique et donc il faudrait leur expliquer donc oui, j pense que ça rentrerait là-dedans aussi. Je pense qu'on peut faire un lien entre les 2 » (E6, 1.205-206).*

De la même manière E7 pense qu'on peut davantage formaliser les liens, elle trouve même que c'est une bonne idée de procéder par l'analyse de situations de stages. Elle se souvient qu'elle-même étudiante, elle avait besoin d'être en situation concrète pour pouvoir comprendre les enseignements théoriques : « *En fait du coup, c'est beaucoup plus concret pour eux et oui on pointe pas assez. En fait je m'souviens pour un calcul de doses, quand on s'entraînait, c'était beaucoup plus facile, quand on avait été en stage et pratiqué que quand on était à l'IFSI. Si on l'a jamais vu... c'est compliqué et là ben je pense que c'est pareil pour la SP quand on va le pratiquer, après pour s'en souvenir, des différentes notions et définitions je pense que c'est plus facile.* » (E7, 1.186 à 191). Elle démontre là l'intérêt de l'ancrage pratique des connaissances et des enseignements en formation professionnelle, mais ne s'en aperçoit pas.

Pour E8, « *Oui, si si c'est jouable, c'est vrai qu'on n'y pense pas assez parce qu'on est toujours un peu pressé par le temps mais en faisant des efforts on peut le faire* » (E8, 1.257-259).

E9 pense qu'on peut tout à fait mobiliser toutes ces questions dans l'encadrement à partir des situations cliniques mais elle reconnaît que les concepts sont beaucoup moins précis que ceux vus en théorie « *Ben la SP, le terme est pas forcément « dit » comme ça, c'est très scolaire, c'est plutôt prévention et éducation, je pense que c'est plutôt mis dans ces 2 termes. Ou information, c'est plutôt bâtard, ça marche pas mal...* » (E9, 1.396 à 398). Elle avait déjà évoqué les limites de ses connaissances sur le sujet bien qu'elle ait une vision très globale de ce qu'est la SP. Elle évoque aussi la limite de la motivation et des priorités des ESI sur lesquelles elle s'était déjà étendue. Un peu comme E4, elle explique qu'en service classique on a l'habitude de travailler à partir des situations cliniques et qu'il est donc tout à fait possible d'y intégrer ces notions. Elle doute néanmoins que les concepts soient familiers pour ses collègues « *tous ces termes que tu m'as cités, pour moi, c'est pas connu, donc tu vois moi je m'dis que si j'le sais pas, d'autres non plus. Mais nous SP, c'est plutôt information, prévention ETP, des choses comme ça du relationnel voilà, mais ces mots tertiaire et tout ça je pense que pour l'étudiant ça peut-être rébarbatif...* » (E9, 1.406 à 409).

Enfin, pour E10, si l'importance de la SP et les enseignements qu'on peut en dégager n'était pas à démontrer pour son activité en réseau de soin, elle pense également après coup pouvoir établir énormément de liens également avec sa pratique d'infirmière à domicile. Elle pense notamment pouvoir à présent insister sur ces différentes dimensions, y compris dans les formations continues qu'elle anime. Elle s'engage à formaliser davantage les liens entre la SP et les situations : « *maintenant je vais pouvoir mettre des termes là-dessus donc c'est tout bon...* » (E10, 1.387-388).

Pas de concepts pragmatiques mais des concepts à pragmatiser

Nous n'avons pas identifié de concept pragmatique en lien avec la SP dans le discours des IDE interviewés. En revanche, nous avons identifié 13 concepts pragmatifiables. Ils ont été classés dans le tableau 22 suivant, en fonction de leur occurrence par verbatim. Pour les comptabiliser, nous avons réalisé une recherche de mots dans le logiciel Word avec la touche Ctrl F. Nous avons inclus les mots aux radicaux communs (ex. prévention, prévenir, préventif...), lorsqu'ils étaient utilisés en contexte équivalent. Les citations du chercheur ont été retirées de la comptabilisation.

	<i>E1</i>	<i>E2</i>	<i>E3</i>	<i>E4</i>	<i>E5</i>	<i>E6</i>	<i>E7</i>	<i>E8</i>	<i>E9</i>	<i>E10</i>	
<i>Prévention</i>	57	6x	10x	2x	13x	0x	7x	4x	2x	9x	4x
<i>Information/Conseil</i>	28	8x	2x	2x	4x	5x	3x	0x	0x	3x	1x
<i>Collaboration/Coordination interprofessionnelle</i>	20	2x	2x	0x	0x	0x	2x	0x	0x	1x	13x
<i>Priorisation/planification</i>	18	4x	13x	0x	0x	0x	0x	1x	0x	0x	0x
<i>Éducation /ETP</i>	16	0x	1x	2x	3x	2x	1x	1x	0x	4x	2x
<i>Santé/soin global</i>	13	3x	0x	2x	2x	1x	3x	1x	0x	0x	1x
<i>Qualité</i>	11	0x	1x	0x	0x	0x	0x	5x	0x	0x	5x
<i>Organisation/continuité des soins, réseaux, filières, parcours de soins</i>	11	0x	1x	0x	0x	1x	0x	1x	0x	0x	8x
<i>Promotion de la santé/de l'autonomie</i>	10	6x	1x	0x	1x	0x	0x	1x	0x	0x	1x
<i>Accompagnement</i>	8	0x	0x	0x	5x	0x	2x	0x	0x	1x	0x
<i>Risque</i>	7	2x	0x	0x	2x	1x	1x	1x	0x	0x	0x
<i>Adhésion/non adhésion/refus de soins</i>	3	0x	0x	0x	1x	0x	0x	0x	0x	2x	0x
<i>Observance/non observance</i>	1	0x	0x	0x	0x	0x	0x	0x	0x	1x	0x
<i>Total</i>	203	31	31	8	31	10	19	15	2	21	35

Tableau 22 : Occurrence des concepts pragmatifiables

Les IDE qui mobilisent le plus de concepts pragmatissables dans leur discours sont les IDE qui ont poursuivi leurs études dans le cadre de DU ou licences : E1, E2, E4 et E10 cumulent à eux quatre un total de 128 citations de concepts, soit 63% des citations de concepts au total. Les IDE qui mobilisent le moins de concepts pragmatissables dans le discours sont les 2 IDE les plus âgés du panel et qui ont bénéficié de programmes antérieurs à ceux dont est issue la majorité des IDE actuellement en exercice (programmes de 1992 et programme de 2009). E3 et E8 ne mobilisent que 10 concepts pragmatissables à eux deux, soit 5% des citations de concepts au total.

Le concept de prévention est largement majoritaire parmi les concepts mobilisés dans le discours. Il totalise 57 citations et seule E5, exerçant aux urgences ne le mobilise pas du tout.

En deuxième position arrivent les concepts d'information et de conseil que nous avons regroupés : 28 citations au total par 8 IDE/10.

En troisième et quatrième position, on retrouve la collaboration et la coordination interprofessionnelle, citées 20 fois mais par seulement la moitié des IDE dont 13 fois par E10 et la priorisation/planification, citées 18 fois mais par seulement 3 IDE/10 dont 13 fois par E2.

Plus vraisemblablement et bien que n'arrivant qu'en cinquième position avec 18 citations, les concepts d'éducation/ETP sont mobilisés de manière plus universelle, puisque 8 IDE/10 les citent au moins 1 fois.

De même, le concept de santé /soin global, est cité seulement 13 fois mais par 7 IDE/10.

Les autres concepts sont plus variablement et globalement moins fréquemment mobilisés dans le discours. On retrouve tout de même 2 concepts correspondant aux diagnostics infirmiers mobilisables dans les situations potentielles d'apprentissage identifiées lors de l'analyse des grilles d'observation. L'observance/inobservance cité une fois par E9 et l'adhésion/non adhésion/refus de soin, cité 1 fois par E4 et 2 fois par E9.

On ne retrouve pas les autres concepts que nous avons jugé mobilisables dans les situations potentielles d'apprentissage identifiées lors des observations (ES, politiques de santé, inégalités sociales et de santé, déterminants, épidémiologie...).

7.2.5 La réflexivité pour l'apprentissage de la santé publique

Dès le début et tout au long de notre enquête de terrain, nous avons empiriquement remarqué l'intérêt que les IDE observés et interviewés portaient à la réflexivité et aux méthodes pédagogiques réflexives. Nous avons, dès le deuxième temps d'observation, pu assister à un encadrement en continu et observer des méthodes et des postures pédagogiques qui suscitaient la réflexivité de l'étudiant et se révélaient très efficaces pour la mise en évidence des liens avec les éléments théoriques. Nous n'avons pas envisagé cette exploration en construisant notre guide d'interview et ne nous attendions d'ailleurs pas à faire ce constat, mais les premiers entretiens nous confirmeront cette piste, parfois de manière extemporanée comme pour E4, E7 et E10 et parfois avec plus de distances lors de la relecture des verbatims et de l'analyse de contenu.

Cette dernière partie de notre analyse des données issues des entretiens est donc beaucoup moins linéaire que les précédentes. Partant d'une intuition qu'il y avait un lien entre la réflexivité et l'apprentissage de la SP, mais que nous n'avons pas vraiment questionné de prime abord, nous avons donc créé un thème « *réflexivité et SP* » et y avons inclus de manière naïve tous les éléments qui nous avaient inspiré le concept selon la méthodologie d'analyse de contenu, puis nous avons laissé reposer le dossier. Lorsque nous avons commencé à interpréter le thème du retour sur les observations : les propositions de situations potentielles d'apprentissage de la SP, les réactions des IDE aux nôtres, mais surtout lorsque nous avons analysé leur point de vue sur la possibilité de mobiliser les connaissances en SP dans l'analyse des situations, nous avons pu commencer à établir des liens entre réflexivité et apprentissage de la SP. C'est lors de cette phase que nous avons construit notre trame d'analyse pour ce chapitre et que nous avons repris tous les verbatims dans leur intégralité pour établir des correspondances entre - des expériences, des temporalités ou des changements de points de vue - et les données que nous avons relevées en préanalyse. Quatre axes d'exploration ont été envisagés : la réflexivité pour explorer les débats de normes et valeurs qui sous-tendent l'activité et donner du sens au soin dans une perspective de SP – les pratiques réflexives dans l'encadrement, un terreau idéal pour l'apprentissage de la SP – apprentissage expérientiel et SP, une piste de réflexion – la réflexivité pour identifier, comprendre et valoriser des pratiques non sues.

7.2.5.1 La réflexivité pour identifier les débats de normes et valeurs qui sous-tendent le soin et donner du sens à la SP dans une perspective de soins

Lorsqu'il a été question de ses valeurs professionnelles, E1 expliquait qu'il était très important pour elle de travailler en adéquation avec ses valeurs, elle nous confiait d'ailleurs que c'était justement une des raisons pour lesquelles elle avait choisi de rester au sein de l'EHPAD où elle exerce alors qu'il ne s'agissait pas de son projet professionnel au départ. Parmi ces valeurs, elle insistait sur l'importance de comprendre le sens du soin et évoquait la difficulté à collaborer lorsque les personnes « font pour faire », « *ceux qui travaillent un peu des fois la tête dans le guidon* » (E1, 1.62-63), « *il est où le sens, là ?* » (E1, 1.335). Elle n'utilise pas le terme réflexivité mais insiste sur l'importance du sens du soin dans une perspective globale. De la même manière, lorsqu'elle évoque sa conception de la compétence, elle dit c'est « *pas juste cocher toutes les cases de la tablette... « fait, fait fait fait »...* » (E1, 1.199-200). E3 considère que ce qui est fondamental dans la compétence infirmière, c'est de toujours s'interroger sur le sens global du soin, au-delà du seul acte technique. A ce propos, elle donne l'exemple du regard global et de l'observation clinique qu'elle s'impose et qu'elle s'efforce de transmettre aux ESI : lorsqu'on rentre dans une chambre, on ne considère pas seulement la perfusion qu'on est venu poser, on s'intéresse aussi au bien-être, à l'environnement et à tout élément inhabituel ou anormal « *Parce que pour moi c'est d'abord euh... voir justement comment la personne est, comment elle respire, est-ce qu'elle est bien ? est-ce qu'elle est pas bien ? voilà, est-ce que elle est en souffrance ? Ça, c'est beaucoup dans l'expérience, prendre un peu de recul mais ça s'apprend quoi...* » (E3, 1.210 à 213). Elle ne la cite pas mais décrit, elle aussi, une posture réflexive qui se développe en cours d'expérience et grâce à une mise à distance d'avec la pratique. Chez E4 également nous avons repéré cette exigence d'interroger le sens du soin et d'être en permanence en posture réflexive, « *connaître le sens de l'action, de la réflexion* » (E4, 1. 149). Souvenons-nous qu'il faisait partie des IDE qui considéraient que la formation conduisant au diplôme d'Etat était adaptée pour développer ce qu'elle s'était fixé comme une finalité, à savoir former des praticiens réflexifs. Lui-même considère qu'il a été formé dans ce sens et c'est ce qu'il attend en priorité de ses collègues et des étudiants qu'il encadre. C'est aussi le cas d'E5, qui pourtant encadre essentiellement sur des soins techniques mais accorde, beaucoup d'importance aux raisons d'agir. Elle fait, comme E4, partie des IDE pour lesquels la réflexivité, sans forcément la nommer, était au cœur de la compétence. Mais c'est aussi le cas d'E10, qui disait que travailler sans se poser de questions était pour elle « *rédhitoire* » (E10, 1.110) ou qu'elle avait trouvé dans les soins palliatifs une richesse inégalée dans « *le*

questionnement permanent par rapport aux prises en charge... » (E10, 1.161-162). Selon elle, « la réflexivité, mais la curiosité intellectuelle aussi et du lien » (E10, 1.175) relèvent également du cœur de la compétence infirmière.

Tout au long de l'analyse, on s'aperçoit que les choix opérés par les IDE sont le plus souvent guidés par la volonté de faire au mieux pour le patient, même si « *Pas forcément complètement et pleinement comme on voudrait ou comme on devrait le faire... par manque de moyens, par manque de personnel, par manque de temps [...] de formation* » (E2, 1.41-43), mais l'idée c'est de faire « *le moins pire* » (E2, 1.46). Ils essaient tous d'incarner leurs conceptions du soin et leurs valeurs dans leurs pratiques et leurs postures, parfois même au détriment de leurs propres besoins ou de leur santé comme l'exprimait E4 plus haut, ou E6 lorsqu'elle dit : « *je prends sur mon temps libre tu vois... enfin quand les personnes, j leur donne plus, ça prend sur mon temps à moi mais pas sur les autres patients ou les autres choses à faire* » (E6, 1.74-75). Plusieurs IDE évoquent le poids de la prescription médicale dans la priorisation et l'argumentation de l'activité IDE, en parlant de ses raisons d'agir, E3 dit : « *Nous on l'a fait parce que ... d'une, ça a été prescrit... de deux parce qu'on pense que ça peut aider le patient, on réfléchit pas qu'on peut apporter de l'argent à l'établissement. J pense qu'on n'est pas dans ces données-là.* » (E3, 1.138 à 140). Ainsi, la dimension économique du soin, quand bien même il est préventif n'est pas prioritaire dans les débats de normes et valeurs, et si l'aspect prescriptif du soin est déterminant, le bien-être du patient l'est tout autant. De la même manière, E9 dit « *ton rôle en collaboration là t'es obligé de l'faire, t'as une prescription qui est signée, tu dois la signer, t'es obligé de l'faire, c'est prescrit* » (E9, 1.272 à 1.274) mais elle ajoute que pour le rôle propre, c'est une question de choix personnel, « *t'as ta conscience professionnelle ou pas* » (E9, 1.255), selon elle, on décide ou pas de mettre en œuvre ses valeurs au travail, comme tous, « *pour ma part, j'essaie* » (E9, 1. 39). Dès lors, envisager le bien-être collectif, la finalité soin, mais dans sa dimension publique, alors parfaitement en harmonie avec les conceptions et valeurs, implique une prise de recul ou de hauteur qui permet de questionner le sens social du soin, autrement dit de faire preuve de réflexivité pour envisager la SP, la dimension macrosociale du soin. En effet, « *c'est vrai qu'on est vraiment très concentré sur c'qu'on va voir de la journée, sur nos soins, sur c'qu'il faut qu'on maîtrise absolument [...] c'est difficile d'encore pouvoir réfléchir sur les soins en prenant du recul* » (E2, 1.167 à 170). Nous nous demandons dès lors, si cette dimension globale du soin, plus largement, les dimensions collective, économique, politique ou sociale du soin peuvent justement lui donner du sens dans une perspective de SP et si la réflexivité n'en est justement pas la voie, d'autant que comme nous le développons au

prochain chapitre, il semblerait que les pratiques d'encadrement privilégient les méthodes d'apprentissage réflexives.

7.2.5.2 La réflexivité au cœur des pratiques d'encadrement, un terreau pour l'apprentissage de la SP

Lorsque nous évoquons la manière dont il faudrait s'y prendre pour pouvoir aborder les questions de SP avec les ESI, E2 évoque sa manière habituelle d'encadrer : prendre d'abord, elle, du recul sur sa journée pour pouvoir identifier des éléments et des liens sur lesquels il serait important de les faire réfléchir et susciter le questionnement « *sortir du soin et prendre du recul, penser à ce qu'on fait donc prévenir plutôt que guérir, donc effectivement, là on mobilise* » (E2, 1.186 à 188). Elle décrit sans forcément le formaliser le paradigme du programme de formation de 2009 : « comprendre, agir, transférer » et la logique de construction d'une compétence. Sans la nommer ainsi, sa pratique d'encadrement repose sur des méthodes réflexives : analyse de situation, retour sur l'expérience et réflexion sur le sens de l'action. Lors de la période d'observation, où elle se trouvait en situation d'encadrement permanent, nous avons effectivement constaté que pour chaque acte réalisé par l'ESI, elle lui demandait de formuler les indications ou objectifs, les raisons d'être des surveillances et les moyens de vérifier leur efficacité. Après chaque sortie de chambre, elle lui posait des questions sur ce qu'il avait observé et ce qu'on pouvait en déduire ; lorsqu'il n'identifiait pas forcément les problèmes ou ne savait pas répondre, elle le mettait sur la voie, sans lui éviter l'effort de réflexion. Nous avons fait la même observation concernant E3, qui à ce propos dit : « *pour moi si on leur mange tout si on leur dit tout c'est sûr que c'est un apprentissage qui est manqué. C'est sûr, parfois il faut donner des réponses mais pas tout donner* » (E3, 1.222-223), « *C'est pour ça que moi je les interroge beaucoup* » (E3, 1.235). En évoquant l'encadrement auquel nous avons assisté durant l'observation, elle constate les effets de cette méthode : « *ce matin, tout compte fait elle voit plein de choses, elle est assez observatrice même si très discrètement, mais elle a eu une belle évolution, elle voit des choses, elle a pris conscience doucement de plein de petites choses, ça fait plaisir quoi !* » (E3, 1.214 à 217). Rappelons qu'E4 disait que ce qui fonctionnait avec les autres compétences pouvait tout à fait fonctionner avec les compétences en SP et qu'en prenant du recul, on pouvait selon E5 revenir sur les situations éducatives et faire des liens avec la prévention et la promotion de la santé. C'est aussi ce que pense E8, à condition de se donner du temps et E9 à condition d'être soi-même formé et de rester centré sur des éléments concrets,

situationnels. Rappelons enfin que pour E10, le modèle pédagogique qui inspire le programme de formation actuel est tout à fait pertinent et favorise la réflexivité chez les étudiants. Si les méthodes réflexives sont tout à fait ancrées dans les pratiques et la réflexivité dans les postures, la question est peut-être à formuler en termes d'outils et de ressources ou en termes de formation en SP. A ce propos, l'apprentissage expérientiel peut-il être une piste à envisager ?

7.2.5.3 L'approche expérientielle, une piste de réflexion pour l'apprentissage de la SP

Lorsque nous abordons la question de l'utilité des concepts en SP, E1, qui garde une expérience plutôt négative de sa formation en général et a trouvé la formation théorique en SP trop éloignée des réalités professionnelles, explique que l'expérience lui a tout de même permis de prendre conscience de la posture de SP qu'incarne l'IDE au quotidien, que ce soit dans sa vie privée ou professionnelle, elle reconnaît que c'est une compétence essentielle qui « *vient peut-être avec l'expérience, avec le temps...* » (E1, 1.141). De même, E2 admet qu'en début de formation et de carrière elle avait du mal à s'intéresser aux questions de SP parce que ses priorités se situaient dans des domaines plus pratiques, elle dit « *sur le coup, sur le tas au moment où on l'apprend, on s'dit mais... mais ça nous sert à quoi ?* » (E2, 1.133 à 134). Selon elle, comme E1, il est nécessaire de pouvoir se dégager du temps pour « *prendre suffisamment de recul dans nos soins et se dire ah ben là, j'suis en train de faire ça, voilà...* » (E2, 1.152-153), autrement dit, il est nécessaire de développer une posture réflexive en regard de sa pratique. Elle a remarqué des similitudes pour l'intégration du raisonnement clinique, ce n'est qu'après quelques années d'expérience qu'elle a pris conscience qu'elle le mobilisait en permanence mais la plupart du temps de manière « non sue ». E3 dit « *c'est venu plus tard oui, après, pourquoi pas, à force de réfléchir, de faire bouger les choses* » (E3, 1.412-413). De même, E4 qui a fait plusieurs fois référence au raisonnement clinique et à l'exploration des besoins selon Virginia Henderson lors des entretiens d'accueil, lorsqu'il évoquait la santé globale dit : « *mes entretiens n'étaient pas aussi approfondis, rires, donc c'est avec l'expérience, comme tu viens de dire que oui qu'on enrichit quoi...* » (E4, 1.187-188). E7 fait référence à l'expérience pour appréhender les pratiques d'encadrement et le nouveau référentiel dont elle est issue, mais aussi faisant partie des pionnières, en quelques sorte, un peu victime... parce qu'au début, « *c'était beaucoup plus flou* » (E7, 1.65). C'est la formation au tutorat qui lui a permis de mieux comprendre le concept de compétences et la manière dont elles se construisent.

E9 aborde également la question de l'expérience pour être capable de prendre du recul sur sa pratique et se détacher des soins techniques, se concentrer sur les soins éducatifs « *tu peux pas*

demander à quelqu'un qui débute, qui a un an de formation, de pouvoir se concentrer sur les 2 » (E9, 1.278-279). Selon elle, ensuite, il faut développer une certaine posture qu'elle ne nomme pas réflexive mais plutôt de veille et de questionnement « *Faut laisser traîner les oreilles pour savoir ce que les autres collègues expliquent. Combien de fois, tu sais pas, tu demandes. Faut rester humble, tu sais pas tu demandes, tu partages, quand il y a quelque chose à décider tu peux faire à deux, t'as le droit, et il faut, sinon tu vas droit dans le mur* » (E9, 280 à 284). Elle pense que cela nécessite une « *maturité* », « *une prise de recul* » de ne pas avoir « *le nez dans le guidon* » (E9, 1.287-288). Elle ajoute « *Il faut être tolérant envers soi aussi, accepter que parfois ça marche pas et que tu peux en apprendre tous les jours et de tout le monde...* » (E9, 1.433-434), nous serions tenté de dire « *y compris de ses erreurs* » et à condition d'adopter une posture réflexive, d'être « *humble* » (E9, 1.282). Enfin, concernant l'expérience, E10 nous avait confié que c'est lorsqu'elle a commencé à travailler en réseau qu'elle a pu prendre conscience de sa mission de SP, soit un certain nombre d'années après l'obtention du diplôme, d'ailleurs, « *je me suis rendue compte à quel point j'aimais ça alors qu'à l'IFSI j'avais vraiment horreur de ça...* » (E10, 1.232-233). Dès lors, comment faire l'expérience de la SP sans expérience professionnelle ?

7.2.5.4 La réflexivité pour identifier, comprendre et valoriser l'activité non sue

En confrontant nos observations et nos entretiens, on s'aperçoit tout au long de l'analyse que si la SP est bien présente dans les soins généraux, elle est aussi souvent transversale à l'activité, et en dehors des soins éducatifs, elle est la plupart du temps non sue et non formalisée. C'est quelque chose de « *très enfoui* » (E3, 1. 167), « *peut-être sporadique, on s'en rend pas forcément compte* » (E2, 1.74-75) qu'on fait « *avec beaucoup d'automatismes...* » (E1, 1.307-308) ou « *implicitement* » (E10, 1.388). On la considère le plus souvent comme spécifique de certains secteurs extrahospitaliers et pourtant à bien y regarder, la mise en réflexivité induite par l'enquête mène la plupart des IDE à faire évoluer leur point de vue sur leur activité et à percevoir qu'ils agissent au quotidien, sans le savoir, dans une perspective de SP. « *En fait t'as pas l'impression d'en faire mais tu l'fais sans le savoir* » (E7, 1.133-134), mais « *c'est ce qu'on fait au quotidien* » (E7, 1. 229) et « *en vrai, y'en a toujours de partout...* » (E1, 115). Certains IDE, s'aperçoivent qu'il est nécessaire de prendre du recul sur le niveau micro du soin pour pouvoir l'interroger d'une manière beaucoup plus large, plus globale et établir des liens avec ses niveaux méso et macro, incarnés par la SP. Pour les ESI très concentrés sur l'action dans l'immédiat, le geste, souvent technique, la SP est « *difficile à visualiser* » (E1, 1. 120), « *c'est vrai que c'est difficile de voir comment c'est mis en place quand on est étudiant* » (E2, 1. 294).

E2 cite les exemples des réseaux de soins et la coordination interprofessionnelle dans le suivi du patient au retour à domicile. Elle dit avec du recul « *ça en fait partie, donc ouais, faut pointer du doigt j'pense... pendant les stages* ». (E2, 1.298-299). Elle explique que concernant les actions de promotion de la santé, de coordination interprofessionnelle du suivi ou même éducatives, les résultats ne sont souvent pas observables pour l'IDE hospitalière qui les a mises en place « *c'est peut-être difficile de se rendre compte qu'on le fait en fait, c'est ça, mais nos actions, plus tard [...], elles auront encore des conséquences* » (E2, 1.79 à 81). Cela les rend d'autant moins saisissables pour un ESI qui se concentrera davantage sur ce qu'il voit pour établir des liens avec ses connaissances. Tout l'enjeu semblerait de rendre ces liens accessibles par une posture réflexive qui invite à questionner le soin sous l'angle de la SP, en effet, il est nécessaire de « *voir vraiment sur le terrain avec nos yeux, directement les notions qu'on a vues en cours...* » (E2, 1. 144-145), quand c'est concret, « *ça marque beaucoup plus* » (E7, 1. 196).

À la fin de l'entretien, lorsque nous lui demandons si elle souhaite ajouter quelque chose à nos échanges, E1 revient sur l'importance de pouvoir s'accorder parfois du temps pour réfléchir au sens des actions et fournit l'exemple de cette expérience de recherche qui lui a permis de le faire. Elle dit, « *plus on a du temps plus on peut faire de jolies choses* » (E1, 1.314).

Tout au long de l'entretien, E3 se rend compte que les interventions de SP sont transversales à son activité et qu'en réalité, elles s'apparentent à un « *maillage* » (E3, 1.249) qu'il s'agit de faire identifier à l'ESI, de « *poser un peu à chaque fois euh, la pierre* » (E3, 1.170). L'entretien lui permet une prise de recul pour établir des liens entre ses valeurs, conceptions, activités du quotidien et l'esprit de la SP. Elle nous explique que lorsque la cadre du service avait évoqué notre requête et la thématique de la recherche, elle était plutôt interpellée et ne comprenait pas trop pourquoi nous n'explorions pas des unités de soins moins conventionnelles où nous avons plus de chances d'identifier de la SP : « *parce que j'ai réfléchi qu'est ce qu'elle va pouvoir voir... elle va perdre son temps...* » (E3, 1.417 à 419).

Elle se disait toutefois très curieuse de comprendre notre démarche et a su rester ouverte à une évolution de son regard. Elle dit : « *j'étais contente de ce petit intermède comme ça. C'est toujours intéressant de se remettre en question. Parce que ça m'interpellait quand même cette SP, parce que comme dit dans ma formation, j'avais pas cette notion* » (E3, 1.407 à 409).

Après toute une journée d'observation et d'échanges informels non enregistrés, E4 se rend compte dès le début de l'entretien que ses perceptions de la SP avaient évolué. Lui aussi s'était posé des questions quant à la pertinence du choix de son service pour une recherche portant sur

l'enseignement de la SP mais très vite, au gré des questions que nous lui avons posé et des activités où notre intérêt avait été accru, il tentait d'établir par lui-même des liens entre ses activités et ses représentations de la SP. En réponse à la question portant sur la SP comme une mission infirmière, il dit « *Ben maintenant qu'on en parle aujourd'hui euh... je pense que oui, je n'y avais jamais pensé mais du coup oui (rires)... finalement les gens qu'on prend en soins font partie de cette population (rires)...* (E4, 1.77 à 79) ou « *oui après réflexion, ça relève de chacun ça relève de notre rôle à chacun* » (E4, 1.86), il reconnaît qu'il ne s'était jamais vraiment posé la question mais que « *quand on creuse... euh on en fait tous les jours oui* » (E4, 1.91), même si c'est disséminé dans l'action. En effet, lorsqu'il a donné sa définition de la SP, il l'avait d'emblée associée à ses dimensions collectives, ce qui, de fait la rejetait de ses activités qu'il considère comme très individualisées. Il prendra finalement conscience à la fin de l'entretien, que les actions menées à titre individuel ont une portée collective. Lorsque nous lui donnons le mot de la fin, il dit « *ça me surprend un peu au final, parce que oui la SP, la définition que j'en ai donné plus ou moins au début là, c'était un groupe donné mais c'est vrai qu'au final y'a chaque individu qui forme ce groupe et chaque individu peut être apparenté au groupe aussi* » (E4, 1.199 à 201).

Sans qu'elle ne le formalise véritablement, nous avons constaté, lors de l'entretien, que notre présence au service des urgences pendant l'observation et les échanges que nous avons eus avec E5 et quelques membres de l'équipe s'étaient poursuivis en dehors de notre enquête. En effet, à la fin de l'entretien qui s'est déroulé à distance de l'observation, E5 nous confie qu'elle avait, le lendemain, discuté de notre recherche avec une collègue exerçant également aux urgences. Cette dernière se disait très étonnée de notre constat de départ et du désintérêt des ESI pour les questions de SP qui lui semblaient, à elle, fondamentales. Suite à leurs échanges, elle nous suggère de la rencontrer car elle pense que ces questions, qu'elle ne s'était jusque-là pas trop posées, seraient intéressantes à explorer dans le cadre de notre recherche. Elle nous suggère également de creuser la question en service de post-urgence ou à l'UPPA (unité de médecine polyvalente post-urgences et addictologie).

Lorsque nous abordons la situation O6S3 et les conseils qu'E6 a prodigués au patient, elle avoue ne pas s'en souvenir et prend conscience grâce à l'entretien que, comme une variété d'autres choses, il y a une partie de l'activité qui est non sue. Hors enregistrement, après l'entretien, nous parlons de la formation d'infirmière en pratique avancée, dont elle a entendu parler mais qu'elle connaît peu, elle nous pose des questions et nous faisons des liens avec ses missions de SP. La description que nous lui en avons faite, notamment en terme d'accompagnement éducatif

semble correspondre à des attentes qu'elle ne satisfait pas totalement en tant qu'infirmière à domicile et affirme qu'elle se renseignera davantage sur le sujet. E7 prend également conscience de toute cette part d'activité « non sue » au fur et à mesure de la journée d'observation et d'entretien : « *Ben, du coup, maintenant oui, hein, maintenant qu'on en a discuté... rires... [...] Mais c'est vrai hein, en fait mais on aurait pas discuté ... finalement ça rejoint la SP, toute la prévention qu'on fait avec les patients et oui sur l'organisation, par rapport à l'économie, comment on gère notre stock, des choses comme ça oui.* » (E7, 1.133-138). Elle dit « *maintenant que je sais, je l' dirai aux étudiants : ah tu vois, là ça c'est de la SP. Rires.* » (E7, 1.172). Elle nous confie que cette porte d'entrée centrée sur les situations de travail lui semble tout à fait adaptée pour que les ESI puissent établir des liens concrets. Sans s'en rendre compte, elle analyse ses propres méthodes d'apprentissage et réalise qu'elle comprenait mieux les choses quand elle pouvait les visualiser en stage. Elle prend l'exemple de l'apprentissage des calculs de dose que nous avons déjà cités plus haut, c'est facilitant contrairement à si on ne l'a pas « *remarqué dans le soin* » (E7, 1.191), « *c'est très bien, que oui plus c'est concret mieux c'est, ouais, je pense que c'est bien d'essayer de le faire dans ce sens-là...* » (E7, 1.232 à 234).

Au cours de l'entretien d'E8, nous n'avons pas vraiment identifié d'éléments permettant d'affirmer que l'enquête ait pu avoir un effet réflexif, néanmoins, il nous confiera plus d'une fois en aparté, comme à la fin de l'entretien, que c'est très agréable de pouvoir échanger de cette manière sur les pratiques et d'ouvrir son regard à d'autres perspectives « *c'était sympa d'avoir quelqu'un avec qui discuter et d'avoir une approche, de pouvoir échanger, c'était plaisant quoi...* » (E8, 1.260 à 261). Rappelons qu'E8 attachait beaucoup d'importance à la formation et à la remise à niveau des compétences.

Si en début d'enquête E10 voyait bien le lien entre la SP et ses missions en réseaux de soins, ce n'était pas le cas pour ses missions d'infirmière à domicile : « *même si je pense qu'on a quand même une vision de l'éducation, d'éducation thérapeutique auprès de chaque patient oui, de manière plus générale, j'ai un peu plus de mal à le concevoir, quand même* » (E10, 1.234 à 236), elle montrera au fur et à mesure des signes d'évolution dans son point de vue. A propos de la prévention et des soins éducatifs elle perçoit mieux les liens avec la SP et l'ES « *je comprends mieux, en effet..., pour moi, c'en était pas forcément...* » (E10, 1.246). En fin d'entretien, elle fait référence à sa jeune collaboratrice un peu frustrée, d'avoir l'impression d'être parfois dans des prises en charge de type « *superpositions d'actes* » et non dans des prises en charge de type globales. En effet, dans le service de rééducation fonctionnelle au sein duquel

elle exerçait avant, les soins éducatifs, la réadaptation sociale et l'accompagnement vers l'empowerment étaient au cœur de l'activité, « *du coup là je vais utiliser un peu tout ce dont on a parlé pour lui dire ben si tu vois, tu es quand même encore là dedans finalement, c'est pleins de petites choses, mais tu es encore dedans...* » (E10, 1.324-325). E10 sous-entend également une part « non sue » dans l'activité de SP et une nécessaire posture réflexive pour y accéder : « *je réalise maintenant seulement certaines choses mais c'est vrai. Effectivement là, j'en ai pris conscience...* » (E10, 1.350-351). Tout en faisant de nombreux liens entre ce qu'elle perçoit dans les formations continues qu'elle anime autour de la nomenclature de facturation des soins auprès des IDE libéraux, elle se rend compte qu'elle pourrait se servir de certains éléments de nos échanges pour aborder d'une autre manière la question d'une majoration forfaitaire qui fait débat et crée des tensions au sein de la communauté : la Majoration de coordination infirmière, (MCI).

Le concept est globalement mal compris ou interprété de manière plus ou moins volontaire. Il s'agit d'une valorisation d'un temps de coordination dévolu aux soins liés à des prises en charges complexes comme les soins palliatifs, les soins oncologiques ou certains soins de plaies chroniques. Les IDE ont tendance à oublier ou ne pas connaître les actions que la MCI soutient et à la considérer ou la facturer de manière systématique « *les gens ils voient effectivement l'intérêt financier de la MCI sans réaliser à quoi ça correspond. Mais parce que la sécu ne retoque pas sur la MCI d'ailleurs. D'ailleurs, c'est un élément qui peut rejoindre la prévention et la coordination elle est valorisée par la MCI ! Je m'en servirai pour les formations ! Rires..* » (E10, 1.470 à 473). Elle conclura l'entretien en nous confiant qu'elle a apprécié les échanges liés à cette recherche « *ça remet un peu de réflexion justement dans une pratique quotidienne qui nécessite d'être vigilant parce qu'on devient plus vite automatisé en fait* » (E10, 1.531 à 533).

Synthèse de la partie 2

Notre enquête nous a permis d'accéder à l'activité infirmière dans le milieu des soins généraux, elle a mis en évidence la transversalité de la SP dans les pratiques, aussi bien en termes de mobilisation de la compétence 5 « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs », que de situations potentiellement apprenantes, permettant l'analyse des situations à l'échelle de la SP. Si les soins relatifs au rôle prescrit sont encore dominants dans l'activité observable en actes, ils ne sont pas forcément valorisés dans le discours lors des entretiens, au profit du rôle propre, dont les soins éducatifs et préventifs relèvent. De même, les conceptions de la santé et

du soin sont orientées par des modèles théoriques très globaux, qui prennent en compte la multi dimensionnalité de la santé, tandis que le modèle biomédical influence peu. Concernant la conception de la compétence infirmière dominante, elle accorde, elle aussi, davantage d'importance aux activités relevant du rôle autonome, qu'aux activités en lien avec le rôle délégué.

Si des confusions sont identifiables au niveau des représentations de la SP, elles balayent surtout les champs de la prévention et de la promotion de la santé et les connaissances restent assez floues. Nous n'avons pas identifié de conflits de valeurs en lien avec l'ES.

Les souvenirs de la formation en SP sont très vagues et globalement les IDE n'ont pas vraiment le sentiment qu'elle ait été utile pour l'exercice professionnel, du moins en début de carrière où d'autres savoirs sont prioritaires (raisonnement clinique, sémiologie, pharmacologie...). Les connaissances en SP et ES sont très peu mobilisées dans l'encadrement des ESI en stage, et la plupart du temps, l'activité de SP reste non sue : les IDE ne réalisent pas que des savoirs sont mobilisables dans l'analyse des situations qu'ils vivent au quotidien.

Si d'un côté les pratiques d'encadrement favorisent les méthodes réflexives sous-tendues par le modèle pédagogique du référentiel de formation de 2009, il persiste des confusions dans sa compréhension, notamment en termes de construction et de validation des compétences.

La mise en réflexivité apportée par l'enquête a permis une évolution des points de vue qui démontre qu'une démarche d'analyse de l'activité constitue une piste pour pragmatiser la SP, autrement dit pour transformer des savoirs théoriques en connaissances pratiques, utiles dans le quotidien professionnel.

Troisième partie : Synthèse et discussion

Dans la dernière partie qui suit, nous proposons d'abord, de mettre en relief les principales connaissances apportées par notre travail de recherche et de vérifier le degré de validité de nos hypothèses, afin d'apporter des éléments de réponse globaux à notre questionnement initial. Nous pourrions alors dans un second temps les discuter, à la fois en regard des limites de nos conclusions et en regard des pistes de réflexions que nos résultats suggèrent.

8. Synthèse des résultats de l'enquête et vérification des hypothèses

Notre enquête visait à répondre à la question suivante :

Quelle est la place de la SP dans les activités réelles des soignants, à la fois comme composantes des situations et éléments de la conceptualisation de ces activités ?

A l'issue de notre cadre théorique, nous avons formulé 3 hypothèses :

H1 : Les activités en lien avec la SP sont peu valorisées par les IDE au profit d'activités plus techniques et relationnelles tendues vers l'intervention thérapeutique

H2 : La SP est transversale à l'activité de soins mais elle est non sue, elle n'est pas visible directement et est peu mobilisée dans l'encadrement des ESI lors des stages cliniques

H3 : Les soins généraux offrent une variété de situations potentielles de développement dont l'analyse permettrait de pragmatiser la SP, autrement-dit de mobiliser dans l'activité les concepts en SP abordés lors des enseignements théoriques

Pour les explorer, nous avons opté pour une enquête qualitative en partie inductive, qui visait davantage à comprendre l'activité de soin pour en déduire la manière de s'y former, qu'à rechercher des éléments de preuve permettant de les confirmer. En effet, dans ce type d'enquête, les hypothèses sont des propositions qu'il s'agit surtout de mettre à l'épreuve du réel mais elles ne peuvent jamais être complètement infirmées ou confirmées, car le réel n'est pas la vérité, mais une vérité dans un espace-temps défini. Dès lors, la démarche est un questionnement permanent où les hypothèses s'affinent et s'enrichissent dans la confrontation à la réalité observée.

Nous proposons donc, à la suite, de vérifier nos hypothèses en nous basant sur la synthèse des connaissances apportées par l'analyse des données issues de notre enquête. Concrètement, il s'agit de confronter nos hypothèses à l'analyse des données afin d'évaluer leur degré d'adéquation avec le réel. Nous avons choisi de procéder hypothèse par hypothèse et par degré croissant de validité.

Une validité très partielle de la première hypothèse

Si, d'un côté, les observations ont montré la prédominance d'activités qui mobilisent la compétence 4 « *Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique* » – 21% de l'activité observée, tous secteurs confondus – d'un autre côté, cette activité technique ne semble pas du tout valorisée lors des entretiens où les activités et compétences relevant du rôle propre le semblaient davantage. Les soins techniques ne sont pas identifiés comme appartenant au cœur du métier, ils impliquent des connaissances et savoir-faire sur lesquels les IDE interviewés sont exigeants, dans la mesure où ils garantissent la sécurité mais selon eux, ils ne constituent pas une priorité pour l'encadrement ; la technicité n'est pas l'expression de la compétence infirmière. Nous n'avons pas vraiment retrouvé les 3 figures d'IDE identifiés dans notre problématique : *l'infirmière technicienne, l'infirmière cornette et l'infirmière relationnelle*. Si l'infirmière cornette semble avoir disparu, les paradigmes de l'infirmière technicienne et de l'infirmière relationnelle semblent eux, se fondre au sein d'une figure plus globale qui intègre la multi dimensionnalité de la santé et des soins. On a alors un modèle hybride qui les combine et valorise le rôle propre et un nouveau genre qui semble se dessiner et se détacher de l'influence des filiations historiques - patriarcales médicales et matriarcales religieuses : *l'infirmier global* et son identité propre. Nous n'avons pas non plus identifié d'influences féminines, par contre, ce modèle global semble plus prononcé chez les IDE les plus expérimentés et lorsqu'ils suivent des formations continues.

Les conceptions professionnelles des soignants exerçant dans le milieu des soins généraux semblent en harmonie avec l'état d'esprit de la SP, elles intègrent la *multi dimensionnalité de la santé* et envisagent le soin comme une *intention globale* qui transcende le geste technique à visée curative. La relation à l'autre, la posture éducative, l'écoute ou encore l'observation clinique sont majoritairement considérées comme la plus-value infirmière qui donne du sens à l'activité prescrite. Si la prescription médicale *fait norme* en ce qu'elle correspond à une attente officielle pour laquelle il faut rendre des comptes via la traçabilité de la réalisation de l'acte, elle n'est pas suffisante pour justifier l'agir professionnel, c'est-à-dire la manière dont elle va être mise en œuvre. Cet art infirmier, le travail *bien fait*, relève du rôle propre, il est valorisé et revendiqué par les IDE, tandis que les rôles techniques et sur prescription ne sont pas identifiés comme centraux. L'intérêt important qu'y portent, selon eux, les ESI leur est d'ailleurs largement reproché. Ainsi, si la prescription médicale et le modèle biomédical influencent l'organisation des soins, notamment en EHPAD, ils influencent peu l'intention soignante, davantage inspirée par les valeurs professionnelles et le modèle d'analyse des besoins de santé

selon Virginia Henderson. La santé est majoritairement envisagée dans toutes ses dimensions et le soin est majoritairement conçu comme un moyen de pallier à un déséquilibre dans toutes les sphères de la santé. Dès lors, la prévention et la promotion de la santé et de l'autonomie ou les soins éducatifs et notamment leurs dimensions économiques raisonnent comme des *savoirs en adhérence* qui vont faire norme dans l'appréciation des situations rencontrées et l'agir.

Si la dimension économique du soin n'est pas prioritaire dans le raisonnement qui guide l'action, elle est ne fait pas dissonance non plus. Lorsque les IDE interviewés parviennent à identifier les liens entre, d'une part, la finalité sociale de l'ES : *une santé optimale pour tout le monde* – et, d'autre part, la finalité singulière du soin : *une santé optimale pour mon patient*, - l'économie du soin prend sens et éveille leur intérêt. La question de la dimension économique de la prévention, notamment de la prévention des abus du système, les préoccupe particulièrement. De même, lorsque les valeurs professionnelles, notamment en lien avec le care (bienveillance, respect, écoute...), entrent en communion avec celles portées par l'esprit SP (équité, qualité, éthique...), les IDE s'impliquent volontiers dans une démarche d'analyse plus globale qui intègre la SP et l'ES, bien que ce soit de manière non sue. Ils se sentent en particulier très concernés par la lutte contre le gaspillage et la recherche d'efficience - dans une perspective de consacrer davantage de temps et de moyens à leurs patients, ou la lutte contre le mésusage des services d'urgence - là encore si la finalité est d'offrir un meilleur service à ceux qui en ont réellement besoin... Mais c'est aussi une démarche qui implique du temps et la possibilité de prendre du recul pour questionner le sens de l'activité, comme notre enquête a permis de le faire, et ce que les IDE ont rarement l'occasion de faire, ils le regrettent.

Malgré un contexte sanitaire et social en crise, et contrairement à ce à quoi l'on pouvait s'attendre, tous les IDE enquêtés affirment travailler en adéquation avec leurs valeurs la plupart du temps, ou essaient de le faire en *renormalisant* sans cesse de sorte à adapter le travail prescrit aux besoins réels qu'ils identifient comme prioritaires en fonction de leurs valeurs. Nous interrogerons la représentativité de notre panel dans la partie discussion qui traite des limites de notre enquête. Une majorité des IDE enquêtés s'accorde sur le fait que la santé au travail passe par la possibilité d'être en harmonie avec ses valeurs et qu'elles doivent être partagées au sein des équipes. De nombreux freins ont été évoqués (conflits, règles institutionnelles, hiérarchie, entourage des patients ...), les caractéristiques des situations...

Certains des IDE enquêtés et exerçant actuellement en libéral avaient ressenti en institution, le poids de ces *normes* extrinsèques comme *invivable* ce qui les a conduits à quitter l'hôpital pour pouvoir travailler à nouveau en adéquation avec leurs valeurs et se sentir bien.

Parmi les priorités des soignants, le soin dans sa dimension résolument bienveillante demeure donc au centre des processus de décision. Quelles que soient la prescription, les normes ou les conditions de la situation..., le bien-être du patient sera toujours recherché par l'action infirmière quitte à y laisser un peu de sa propre santé, *le corps soi* s'engage pleinement dans l'agir qu'il s'agisse d'être en permanence en posture empathique, de donner du temps personnel ou de mettre ses propres besoins fondamentaux de côté de manière prolongée...

Ainsi, problématiser la SP et l'ES dans une perspective de soins procède d'une appréhension des valeurs partagées par les finalités singulières et sociales du soin : le bien-être individuel au service d'une bien portance publique et inversement.

Dès lors, interroger les débats de normes et les valeurs qui sous-tendent l'activité apparaît comme un moyen de donner du sens à la SP et à l'ES.

La deuxième hypothèse semble se confirmer en grande partie

Dans les soins généraux, la SP est bien présente de manière transversale à l'activité, quels que soient les domaines d'exercice professionnel. Hormis en EHPAD, elle est particulièrement visible à l'endroit des *soins éducatifs et préventifs*. Ainsi, les opportunités d'observer, en actes, la compétence 5 « *initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* » sont nombreuses. En effet, C5 est mobilisée de façon dominante dans l'activité des IDE hospitaliers et exerçant à domicile et représente près de 16 % de l'activité, tous secteurs confondus. En EHPAD, l'activité de soins est très séquencée, du fait du nombre important de résidents que chaque IDE prend en charge sur une journée de travail ; par ailleurs, les soins éducatifs sont difficiles à mettre en œuvre du fait de l'état général des personnes, mais la globalité des prises en charge s'observe à travers le paradigme même de la structure et des professionnels qui y exercent (missions, principes, valeurs...), et avec avant tout, une finalité sociale : promouvoir l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées. Dès lors, la SP s'y exprime à travers les projets de vie et leur mise en œuvre, particulièrement à travers la collaboration avec les autres personnels.

En revanche, les IDE interviewés ne considèrent pas, de prime abord, leur secteur d'activité comme porteur de situations d'apprentissage pour la SP. La SP est la plupart du temps *non sue* : elle traverse l'activité, ne serait-ce que dans sa finalité sociale, le soin, mais n'est pas perçue comme une caractéristique entrant dans l'analyse des situations et elle n'est ni matérialisée dans les outils de transmission et de traçabilité, ni formalisée pour l'encadrement des ESI. Dès lors, les apprenants ne peuvent pas en faire l'expérience au sens où Dewey l'entend et tirer parti pour

leurs apprentissages de cette dialectique entre l'adaptation à l'environnement des soins et de la santé en situation de travail, d'un côté, et les savoirs acquis en formation théorique, de l'autre. Ces savoirs restent en *désadhérence* et ne sont pas pragmatisés parce que la SP n'est pas questionnée, problématisée, à travers les séquences de soin et d'encadrement. Les IDE eux-mêmes ne le font pas sans y être invités, comme cela a été le cas lors de notre enquête. S'ils sont très attachés à leur posture de praticien réflexif, elle questionne en priorité les pratiques de soins à l'échelle microsociale, la relation avec le patient, l'acte et son sens, c'est-à-dire les *caractéristiques des situations* liées au *but* et à *l'environnement immédiat* des soins, laissant en marge les questions de SP ou d'ES, or c'est justement dans la complexité de ses 3 dimensions sociales et des liens qui les unit que se joue le potentiel didactique des situations pour l'apprentissage de la SP. Il convient dès lors de proposer un schéma d'analyse qui prenne en compte toutes les caractéristiques des situations pour pouvoir les lire à l'échelle de la SP.

En effet, les caractéristiques des situations de soins généraux intègrent bien des éléments de SP, particulièrement dans leurs dimensions macrosociales où peuvent être mobilisés les concepts théoriques les plus difficiles à assimiler pour les ESI : ES, politiques de santé, épidémiologie, organisation du système de santé...

Lorsqu'elles sont questionnées, les IDE remarquent que ces caractéristiques agissent de manière transversale sur les situations, elles établissent des ponts entre les 3 dimensions micro, méso et macrosociales et mettent alors en lumière la SP pour lui donner du sens dans une perspective de soin.

Les outils traditionnels d'analyse des situations de soins utilisés par les IDE ne prennent pas en compte toutes les caractéristiques des situations, et le raisonnement qui guide l'action s'appuie essentiellement sur un recueil de données cliniques. Bien que le *modèle opératif* dominant, le *modèle d'analyse de Virginia Henderson* soit très global et qu'il intègre les dimensions psychosociales de la santé, il reste centré sur les besoins individuels des personnes. Il oriente l'action de soin de manière singulière et n'envisage pas les perspectives collectives. Lorsqu'ils sont interrogés sur le sujet, les IDE semblent toutefois se sentir concernés par les dimensions méso et macro du soin, particulièrement par la dimension économique de la prévention ou par la question des abus du système de santé. Si *l'analyse tridimensionnelle* des situations n'est donc pas intégrée dans les pratiques, c'est plus par manque de formation et d'entraînement que par manque d'intérêt ou parce qu'ils la jugeraient inadaptée. De plus, c'est un modèle qui implique une prise de hauteur, elle-même sous-tendue par les conditions temporelles et la

charge de travail. Selon certains IDE il nécessiterait également une certaine expérience, de pouvoir « maîtriser les bases » d'abord.

Nous n'avons pas vraiment identifié de différence de *niveau de conceptualisation* qui soit fonction de l'ancienneté dans la profession ou le service. En revanche, nous observons que certains lieux ou conditions d'exercice (domicile en exercice libéral, SMUR-urgences) favorisent une analyse plus globale des situations notamment en regard du niveau méso-social du soin (réseaux de soins, organisation et coordination interprofessionnelle, aspects financiers, droits et devoirs des usagers...). C'est donc davantage *l'expérience vécue* que l'ancienneté dans la profession qui semble permettre d'intégrer la SP dans l'analyse des situations.

La troisième hypothèse présente un haut degré de validité et conforte la pertinence de notre démarche d'analyse de l'activité

Il existe bien une variété de *situations potentielles de développement* pour l'apprentissage de la SP dans le milieu des soins généraux. Nous avons pu en identifier 35 sur un total d'environ 60 heures de séquences d'observations et tous les secteurs enquêtés ont permis d'en relever au moins une, même si elles sont plus nombreuses à domicile et à l'hôpital qu'en EHPAD où la SP se manifeste davantage de manière transversale que dans l'activité située.

Les situations identifiées peuvent être classées en 5 thématiques :

- La prise en charge globale de la santé
- La prévention
- L'éducation/conseil
- La promotion de la santé
- La prise en charge de l'urgence à domicile

Le premier thème, *la prise en charge globale de la santé* concerne quasi exclusivement les IDE exerçant à domicile, en lien avec la spécificité des prises en charge qui concentrent l'ensemble des soins sur 1 à 3 passages par jour, maximum et implique donc de les regrouper en séquences globales. Néanmoins, la thématique englobe les 3 thèmes suivants, *la prévention, l'éducation/conseil* et *la promotion de la santé*. Le dernier thème, *la prise en charge de l'urgence à domicile*, est également très global et exclusif du secteur SMUR.

On peut dès lors admettre 3 *classes de situations* pour les soins généraux :

- *Les situations de soins préventifs*
- *Les situations d'éducation et de conseil*

- *Les situations de promotion de la santé*

Le tableau en annexe 5, p. LVII, présente les 3 classes de situations que nous avons reliées à la SP ainsi que les différentes variables que nous avons identifiées dans les soins généraux.

Toutes les classes de situations permettent de mobiliser des concepts en lien avec la SP et d'analyser, à la fois - *le niveau macrosocial de la santé et des soins* : dimension collective et publique, dimension épidémiologique et économique, dimension politique et éthique – *le niveau méso social* : l'environnement immédiat des soins – *et le niveau microsociale* : le soin au « lit du malade ».

La structure conceptuelle des situations que nous avons identifiées est relativement riche, elle comporte *un noyau invariant* et une *part variable* de *concepts organisateurs* en lien avec la SP.

Structure conceptuelle des situations identifiées	
Invariants	Variables
<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation du système de santé et des soins déterminent le travail prescrit et les conditions dans lesquelles il se réalise: mission et fonctionnement des établissements de soins et des structures ambulatoires, gouvernance... - L'épidémiologie, les déterminants de santé, les dimensions collective, politique, économique, éthique, déontologique de la SP... influencent les pratiques, notamment en matière de prévention (primaire, secondaire, tertiaire ou quaternaire). 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil, éducation, ETP - Promotion de la santé/de l'autonomie - Santé globale - Politiques de santé/plan de SP - Interdisciplinarité, coordination, réseaux... - Formation des professionnels de la santé - Qualité, bonnes pratiques - Veille sanitaire

Parmi ces concepts, certains ne sont pas mobilisés par les IDE lors des entretiens et ils admettent, en général, peu les connaître ou les trouver trop théoriques. Le concept de prévention, par exemple, n'est pas décliné dans ses 4 temporalités. L'ensemble des concepts est toutefois *pragmatisable* par l'analyse tridimensionnelle des situations et la plupart de ceux qui sont abordés en formation théorique apparaissent dans la structure conceptuelle des situations identifiées. Seul le concept de santé communautaire ne nous y apparaît pas mobilisable.

En revanche, l'analyse des verbatims nous a permis d'identifier 13 concepts théoriques mobilisés dans le discours. Le tableau ci-dessous liste *les concepts pragmatiques* dans l'analyse des situations de SP dans les soins généraux.

Concepts pragmatés

Prévention
Information/Conseil
Collaboration/Coordination interprofessionnelle
Priorisation/planification
Éducation /ETP
Santé/soin global
Qualité
Organisation/continuité des soins, réseaux, filières, parcours de soins
Promotion de la santé/de l'autonomie
Accompagnement
Risque
Adhésion/non adhésion/refus de soins
Observance/non observance

Parmi ces concepts, deux correspondent à des *diagnostics infirmiers* : *l'adhésion/non adhésion/refus de soins* et *l'observance/ inobservance*.

Dans une certaine mesure, les diagnostics infirmiers ont des points communs avec les *concepts pragmatiques* : ils sont identifiables dans le discours oral et écrit et désignent pour tout le monde un *diagnostic situationnel* précis - le *jugement clinique* – qui orientera un certain nombre d'actions. D'un autre côté et même s'ils sont issus de l'analyse du travail, pour la plupart des IDE en exercice depuis le programme de 1992, ils n'ont pas été construits dans l'activité mais ont été enseignés dans les instituts de formation. Ils « précèdent » en quelque sorte l'activité, même s'ils ne peuvent être réellement intégrés dans l'expression de la compétence qu'après analyse de l'expérience, ce qui n'est pas tout à fait le cas pour les concepts pragmatiques qui sont produits dans l'activité.

Pour les situations potentielles de développement que nous avons identifiées, d'autres diagnostics infirmiers en lien avec la SP peuvent être formulés bien qu'ils n'aient pas été utilisés par les professionnels enquêtés et même si, dès lors, les considérer comme des concepts pragmatiques serait erroné : *isolement social, stratégies d'adaptation inefficace, motivation à améliorer sa santé, manque de connaissances, comportement à risque pour la santé, auto-négligence...*

Indépendamment des diagnostics infirmiers, nous n'avons pas identifié de concept pragmatique en lien avec la SP tels que nous les avons définis dans notre cadre théorique, probablement en lien avec le caractère non su de la SP et une dimension macrosociale rarement analysée. Par ailleurs, pour la SP, nous avons « à faire » avec des concepts qui s'appréhendent à l'échelle méso et macrosociale la plupart du temps et ils n'entrent donc pas dans les diagnostics cliniques, mis à part les diagnostics en lien avec les soins éducatifs et préventifs.

Conclusion provisoire : Une démarche ergologique pour didactiser la SP ?

Notre enquête a placé les IDE en condition de réflexivité et a permis de questionner les pratiques et le soin dans leurs dimensions macrosociales, permettant la visibilité de la SP et une évolution des représentations et des points de vue. L'entrée par les situations et la démarche d'analyse que propose la didactique professionnelle nous semble donc adaptée pour pragmatiser la SP et développer un état d'esprit SP chez les futurs IDE. Le potentiel apprenant de l'entrée par les situations sous l'angle de ses caractéristiques permet de mettre les concepts théoriques à l'épreuve de la pratique et de leur donner du sens dans une perspective de conceptualisation. D'un autre côté, cette prise de hauteur a permis d'identifier l'influence des valeurs sur les conceptions de soins et la manière dont les IDE les font vivre dans leur agir quotidien. En effet, « *ce décollement est double : au plan intellectuel, c'est ce qui génère des savoirs ; au plan des valeurs, c'est ce qui génère un point de vue.* » (Durrive, 2019, [31]). Notre démarche, combinant observations et entretiens s'est voulue ergologique et a enrichi notre analyse didactique du point de vue des IDE. Elle a rendu visible l'existence de débats de normes et la manière dont les valeurs professionnelles et personnelles peuvent déterminer l'agir. « *Entrer dans l'activité par les débats de normes, ce n'est donc pas se noyer dans le microscopique, c'est au contraire retrouver tout ce qui dynamise la vie sociale, le lien permanent qui est fait (en agissant collectivement et individuellement) entre le macroscopique et le microscopique* » (Durrive, 2014, p.191-192) – elle a créé des ponts de valeurs entre le macro et le micro, et, dès lors que la SP et l'ES apparaissent sous l'angle des valeurs qu'elles défendent et sur lesquelles elles sont fondées, les IDE enquêtés sont parties prenantes pour les questionner davantage et les intégrer dans l'analyse des situations lors des séquences d'encadrement. Par ailleurs, ils sont très attachés aux méthodes d'encadrement qui favorisent la réflexivité des étudiants et l'entrée par les situations que nous proposons pour la formation semble tout à fait adaptée pour les impliquer dans une démarche qui a été particulièrement productive probablement aussi bien pour nous que pour eux-mêmes, ce qui resterait à démontrer. La question de la pragmatisation de la SP qui nous intéressait au départ, doit à présent se poser en termes d'ingénierie de formation et de conceptions d'outils qui mobilisent l'analyse tridimensionnelle des situations. Nous proposons, à la suite, un schéma d'analyse (figure 2) qui combine ergologie et didactique professionnelle dans une perspective de visibilisation de la SP à l'échelle des soins généraux. Ce guide envisage la situation de soins expérimentée dans ses 3 dimensions et indique comment la SP peut être problématisée et questionnée, particulièrement sous l'angles des caractéristiques agissantes et des débats de valeurs qui sous-tendent l'activité selon les différentes dimensions du soin.

SITUATION DE SOIN EXPERIENCIEE

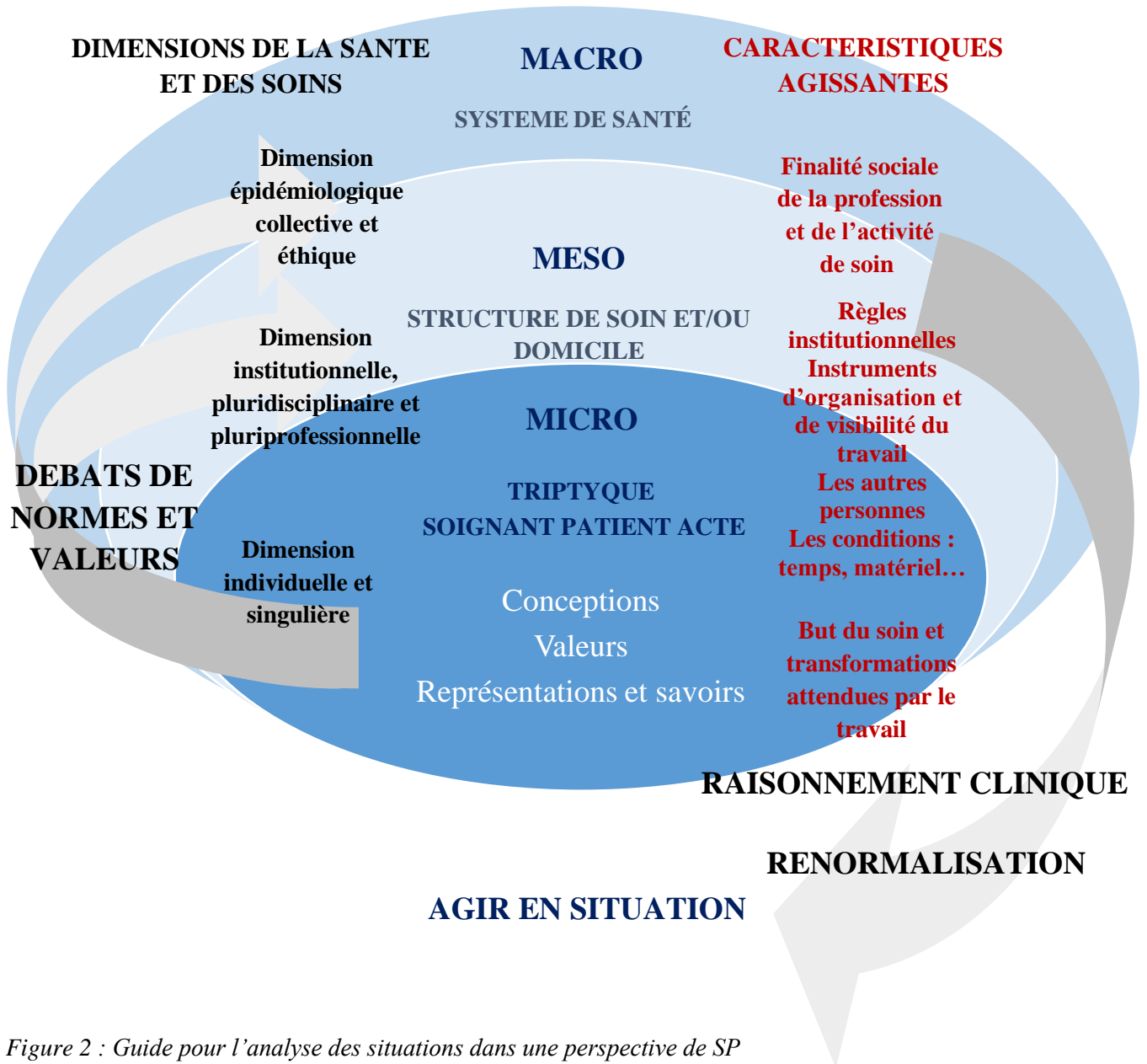


Figure 2 : Guide pour l'analyse des situations dans une perspective de SP

9. Discussion

Nous proposons de débattre autour de 3 points génériques.

Dans un premier temps, nous évoquerons les limites de notre travail de recherche, puis nous reviendrons sur la crise sanitaire et caractériserons son impact sur notre réflexion. Nous élargirons ensuite les points de vue autour des enjeux didactiques et politiques et des perspectives que soulèvent nos résultats. Nous terminerons par une proposition d'opérationnalisation à visée exploratoire et relaterons notre première mise à l'épreuve des résultats en 2022.

9.1 Les limites de l'enquête

Nous distinguerons, pour cette partie, les limites liées à l'environnement et au contexte de notre enquête et sur lesquelles nous avons peu de marge de manœuvre, ainsi que les limites liées à notre démarche, elle-même, et pour lesquelles des axes d'amélioration peuvent être formulés.

Les limites du contexte sanitaire, social et professionnel de l'enquête

Comme nous le soulignons dans notre cadre méthodologique, la pandémie et la crise sanitaire et sociale qu'elle a occasionnée ont été parmi les premières limites à notre travail de recherche. Elles ont d'abord été un obstacle dans la constitution de notre panel, début 2021, dans un contexte de contrôles sanitaires, de restrictions des visites extérieures et de tensions sociales à l'intérieur et hors de l'hôpital. Tensions liées à l'obligation vaccinale pour les professionnels de la santé et ayant entraîné de nombreuses suspensions et reconversions plus ou moins volontaires, renforçant encore la pénurie de personnel déjà largement majorée directement par la covid-19 et accentuant l'épuisement de ceux qui restent « *au front* » - Tensions liées aux modes d'organisation et de communication bouleversés par les circuits et les contrôles des entrées et sorties de l'hôpital et les règles sanitaires, avec une nécessité de « *construire, dans l'incertitude, de nouvelles façons de travailler* » (Brocq, 2021) : port du masque, contrôles des *pass sanitaires* ou des tests, mesures d'isolement et de prévention, patients accueillis sans leurs accompagnants, adaptation aux outils de maintien du lien social, téléconsultations et télétravail... la crise sanitaire a impacté le moral des soignants et « *les désordres psychologiques mis en lumière pendant l'épidémie sont en rapport avec une forme de violence qui vient en réplique aux questions de sécurité des personnes, de priorisation des choix et aux questions sur la mort* » (Fourel et al., 2021, p.218) - Tensions sociales : sentiment d'atteintes

aux libertés individuelles en lien avec le *pass vaccinal*, influences des médias, des réseaux sociaux, méfiances à l'égard des politiques publiques et du pouvoir ... Tensions économiques, inflation, baisse du pouvoir d'achat ... S'agissant des soignants « *la chronicisation de cette situation en a malheureusement découragé certains et le nombre de démissions d'infirmières de réanimation a augmenté en 2020. Certaines soignantes, toujours en poste, expriment une grande lassitude d'exercer leur métier dans ce contexte et se questionnent* » (Rolling et al., 2021 [13]). Les cadres de santé que nous avons contactés pour la première phase de l'enquête nous avaient fait part de cette lassitude, voire d'une forme de colère, grandissantes dans les services et de leurs incertitudes quant à la mobilisation des IDE pour notre enquête. Nous avons effectivement eu très peu de volontaires parmi les équipes exerçant dans les quelques structures dont les directions nous ont donné leur accord pour notre enquête. Notre panel est donc relativement restreint, sa constitution ne permet pas d'explorer largement le secteur des soins généraux : nous regrettons notamment que des IDE des secteurs de chirurgie, d'addictologie, de réanimation ou de pédiatrie ne se soient pas portés volontaires. De même, notre panel n'inclut pas d'IDE exerçant dans le domaine de la santé mentale où les accès ne nous ont pas été ouverts, comme nous l'avons déjà souligné.

Qu'en est-il des IDE de santé mentale qui ont eu à gérer les conséquences sanitaires et sociales d'une offre de soins en psychiatrie très réduite au cours des différentes vagues épidémiques et confrontés à la réalité sanitaire des inégalités sociales qu'a majoré la pandémie : fermeture des hôpitaux de jours, des services de consultations externes et autres structures d'accueil, réaffectations des personnels dans des unités covid, isolement social et décompensations ... Qu'en est-il du point de vue de ceux qui gèrent déjà les nouveaux problèmes de santé mentale qu'a provoqués la crise, en lien avec les confinements et restrictions de la vie sociale, les échecs scolaires et ou l'isolement des étudiants et élèves, la peur d'être contaminés et les nouveaux modes de relation, d'éducation, de travail et de formation dont elle a accéléré le déploiement notamment le télétravail et le téléenseignement? La pandémie a fragilisé les personnes les plus vulnérables ne souffrant pas nécessairement de pathologies mentales et de nombreux travaux montrent une augmentation des dépressions, des conduites addictives, des troubles du sommeil ou encore des violences conjugales ou autres troubles psychologiques (Franck & Zante, 2021). L'enquête COVIPREV qui porte sur l'étude de la santé mentale d'un échantillon représentatif de Français et dont les résultats sont publiés par Santé Publique France, montre notamment que 34% des personnes enquêtées souffraient de troubles anxieux ou dépressifs durant la vague de février 2021.

Toujours en lien avec le contexte du recrutement des personnes enquêtées, nous nous posons la question de la représentativité de l'activité et du point de vue de notre panel en regard de la population infirmière en général. L'implication dans l'encadrement et la motivation des IDE que nous avons enquêtés pour l'amélioration des pratiques de formation sont-elles la manifestation d'un phénomène généralisable ou l'expression de points de vue isolés, et ces IDE sont-ils en nombre suffisants pour faire force et être acteurs de changement ? S'être porté volontaire pour notre enquête et se soumettre à un protocole relativement lourd et contraignant dans le cadre d'une recherche portant sur un sujet généralement rébarbatif et éloigné des préoccupations du quotidien, n'est-il pas en soi, un trait de particularité qui se manifeste dans la réflexivité et la visibilisation de la SP à travers les interviews ? En quoi notre démarche peut-elle être porteuse de sens pour une profession en perte de repères et d'espoirs ?

Les limites de la démarche d'investigation sur le terrain et du protocole de recherche

Parmi les autres limites, la lourdeur de notre protocole s'est imposée comme un obstacle à la productivité de la dernière partie des entretiens qui portait sur les situations observées en matinée. À quelques exceptions près, les réactions à nos commentaires sur les situations ont été peu nombreuses et relativement brèves. Certains IDE enquêtés étaient fatigués par plusieurs heures de travail en situation d'observation où les échanges avec l'enquêteur, la tension liée à une posture de vigilance, d'introspection et de questionnement majorée par l'enquête et la réciprocité avec le chercheur impliquent une charge cognitive et émotionnelle importantes. Cela a été particulièrement le cas pour les entretiens qui se sont déroulés en fin de poste de travail et le jour même de l'observation. Il semblerait que les entretiens qui ont eu lieu à quelques heures, voire quelques jours de distance des observations aient pu être réalisés dans de meilleures conditions et ont été moins éprouvants mais ils n'ont pas systématiquement donné lieu à davantage d'échanges sur les situations observées. À cet égard, notre guide d'entretien nous semble, à posteriori, un peu trop long pour pouvoir solliciter l'attention des personnes interviewées jusqu'à la fin des entretiens et réaliser le travail d'analyse et de conceptualisation de l'action. Peut-être aurait-il été nécessaire de réaliser la première partie des entretiens qui porte sur les conceptions et valeurs, représentations, et connaissances... en amont et légèrement à distance des observations pour réaliser la deuxième partie des entretiens portant sur l'action en aval et à quelques jours de distance, un protocole en 3 temps sur une semaine ? D'un autre côté, la plupart des entretiens réalisés à distance, notamment en deuxième phase, se sont déroulés sur du temps personnel à titre bénévole et seuls les IDE qui ont été interviewés pendant

ou dans la continuité du temps de travail ont été « indemnisés » par une prise en compte du temps dédié comme un temps de travail par leur employeur.

Dans un second temps, on peut évoquer les limites du choix des outils pour collecter les données issues des observations et confronter l'activité aux points de vue des personnes interviewées, choix lui-même orienté par les limites institutionnelles d'une démarche d'enquête à l'hôpital et notamment l'usage impossible d'une caméra. Ainsi, notre grille d'observation, qui se veut relativement ouverte, le reste également à notre propre subjectivité : nous sommes conscients d'avoir pris note des éléments observés qui font sens pour nous ou qui ont attiré notre attention mais que nous avons probablement négligé une partie de l'action qui n'a, dès lors, jamais été interprétée qu'à travers notre seul regard. L'intérêt de l'enregistrement vidéo résiderait justement dans la possibilité de confronter ce qui est observé par le chercheur non seulement au point de vue de l'acteur en situation mais aussi à celui d'autres personnes, chercheurs, apprenants ou professionnels et de pouvoir observer, dans un second temps, ce qui n'a pas forcément retenu l'attention du chercheur en cours d'action.

Enfin, une des limites qu'il nous a semblé important de souligner et discuter a été notre propre implication dans certaines situations de soins, bien qu'elles aient été la plupart du temps involontaires, et impulsées par les IDE enquêtés ou les patients acteurs en situations. Ainsi, à plusieurs reprises, notre avis a été sollicité sur l'aspect clinique d'une plaie, la justesse d'un protocole de soins ou encore celles des informations apportées à un ESI dans le cadre d'un encadrement. Tout en précisant à chaque fois que nous n'avions pas d'expertise particulière, nous nous sommes prêtés au jeu de ces échanges professionnels parfois producteurs de données informelles ou formalisées dans les grilles d'observation. De même, en situation d'urgence en service de médecine, il nous a été demandé de superviser la fin de la réalisation d'une toilette par un ESI. A cette occasion, nous avons interrompu notre observation et nous nous sommes concentrés sur l'ESI et l'imprévu de la situation. En revanche, les échanges avec l'ESI ont été particulièrement intéressants à la fin de son soin. Alors que l'ESI rangeait son matériel, nous sommes revenus sur une partie du soin où une autre IDE est venue remplacer la première au moment du lever de la personne car nous n'étions pas autorisés à réaliser des soins. À ce moment-là, la personne présentait un gros risque de chute en lien avec des pantoufles inadaptées et il a fallu qu'elles réajustent leurs actions pour sécuriser le transfert du lit au fauteuil roulant. Nous avons pu explorer les concepts de prévention des chutes et d'économie de la prévention et l'ESI nous a confié spontanément avoir mieux compris ces concepts illustrés par un exemple concret.

Durant les soins observés à domicile, nous avons beaucoup échangé avec les patients qui nous ont spontanément interpellé. Si cela a parfois été un obstacle pour une prise de note pertinente et a détourné notre attention des IDE enquêtés, ces échanges nous ont toutefois conduit à une observation plus large et une meilleure compréhension des situations. Cela a également permis de créer une ambiance permettant aux soins de se dérouler dans des conditions plus naturelles où les échanges sont spontanés et d'éviter la lourdeur d'un observateur qui n'interagit pas.

Toujours en lien avec son caractère subjectif, nous avons longuement échangé avec les IDE enquêtés de manière informelle tout au long des observations, particulièrement avec les IDE dont l'activité peut-être intermittente (IDE aux urgences, IDE du SMUR) ou les IDE exerçant à domicile (temps de déplacements en voiture)... dès lors, nous sommes conscients d'avoir éveillé des questionnements ou induits des changements de représentations, conséquences de nos propres convictions ou interprétations des situations ; de la même manière, durant les entretiens nous avons apporté des éléments de précisions conceptuelles et mobilisé un vocabulaire plus théorique qui a permis de visibiliser des liens entre théorie et action dans le domaine de la SP et de faire évoluer les points de vue.

9.2 La pandémie de covid-19 : limite ou opportunité pour pragmatiser la santé publique ?

Si l'épidémie de coronavirus s'est surtout présentée comme un obstacle et une limite à notre enquête de terrain, elle a aussi dynamisé notre réflexion et éclairé notre recherche, notamment lorsque nous étions en phase de problématisation. En effet, comme nous l'évoquons rapidement dans la première partie de notre travail - lors de la deuxième semaine du mois de mars 2020, à l'heure où les avis divergeaient encore autour de la réalité de la menace liée au nouveau virus, nous introduisons au sein de notre IFSI, l'UE 1.2.S2 - « Santé publique et économie de la santé » - auprès des étudiants de 1^{ère} année de la promotion 2019/2022, à peine revenus de stage. A ce moment-là de l'année, de nombreux cas positifs au coronavirus étaient déjà signalés en France et plusieurs foyers épidémiques avaient été identifiés sur le territoire. Les centres de référence et le SAMU commencent à être débordés, le virus s'est déjà introduit, dans certains hôpitaux et établissements médicaux sociaux ou EHPAD. L'Ile de France et la région Grand Est, où nous nous situons, en font partie. La situation territoriale fait les gros titres des journaux locaux et nationaux tandis que les ARS et l'offre de soins sont sur le qui-vive et s'organisent. Le dispositif de veille sanitaire fonctionne à plein régime. La presse en général s'est emparée du sujet et les journaux télévisés y consacrent une grande partie de leur temps d'audience. Les images et les informations en provenance de l'étranger, de Chine et

d'Italie notamment, déferlent et font débat sur la toile. Les experts scientifiques et représentants politiques se succèdent dans les émissions de télévision et de radio pour partager et discuter de la situation. Sur les réseaux sociaux, les rumeurs « complotistes » et les « fakes-news » divisent l'opinion publique mais sont également à « la une ». Partout, la covid-19 alimente les conversations, suscite des interrogations et des craintes voire de la méfiance même si peu encore, semblent avoir pris conscience de la portée de l'épidémie et de l'imminence de l'état d'urgence sanitaire.

Au sein de notre IFSI, situé à la frontière entre le Bas-Rhin et le Haut-Rhin, la tension est palpable. Les cellules de crise du centre hospitalier auquel nous sommes rattachés se multiplient pour analyser l'évolution régionale de la situation et se préparer à accueillir les premiers cas de contamination. L'équipe opérationnelle d'hygiène et la direction sont en état d'alerte. Les communications internes autour de la covid-19 se succèdent pour informer, préparer et protéger les professionnels. Nous relayons les informations aux étudiants presque tous les jours, depuis une semaine déjà. Nous les sensibilisons à leur rôle éducatif et à leurs responsabilités de professionnels de santé face à la situation sanitaire.

Des rumeurs se propagent autour de l'existence de patients dépistés « covid + » dans nos établissements ; dans des structures de stage qui accueillent nos étudiants, des cas positifs sont confirmés ; certains établissements sont placés en confinement par l'ARS. Quelques étudiants revenaient de ces lieux de stage. Au sein des différentes promotions, des cas suspects, des cas possibles ou contacts commencent à apparaître.

Le 11 mars 2020, le directeur général de l'OMS, déclare que la situation sanitaire peut être qualifiée de « pandémie ».

Dans la foulée, la situation de l'un de nos étudiants qui présentait des symptômes assez évocateurs alors qu'il était récemment revenu de stage, a conduit la direction à prendre des mesures de distanciation sociale et des précautions d'hygiène supplémentaires au sein de sa promotion d'origine et de tout l'IFSI, en attendant les résultats des tests qui seront finalement négatifs. Mais la pression est montée d'un cran, les craintes autour de la covid-19 commencent à s'emparer des séquences de cours et à questionner et mobiliser le temps de l'équipe pédagogique en interours. Les étudiants se montrent inquiets mais aussi curieux et sont en demande d'informations.

Très vite, nous voyons dans l'actualité sanitaire et politique l'opportunité d'introduire SP de manière originale et contextualisée. Nous avons constaté, dès le premier cours « Introduction à la santé publique et à l'économie de la santé », encore assuré en présentiel, un intérêt et un questionnement bien plus importants que les années précédentes... A priori, les concepts en SP

semblaient prendre plus de sens à la lumière de la situation sanitaire, là où ils apparaissaient très théoriques et nébuleux habituellement. Lors de cette première séquence, organisée sous la forme d'un brainstorming des concepts, suivi d'échanges, la covid-19 avait semblait-il, mise en exergue la dimension publique de la santé et sa dimension préventive était apparue comme une réponse évidente à la situation épidémique. Contrairement aux années précédentes, nos efforts pour susciter les interrogations et conduire la réflexion ont été moindres et les débats d'idées très dynamiques. Les perspectives offertes par la situation sanitaire de s'appuyer sur des exemples concrets pour illustrer les principaux éléments théoriques balayés par les objectifs d'enseignement avaient permis de donner du sens aux concepts et de créer des liens entre eux. L'implication de l'État et des pouvoirs publics dans le domaine de la santé et de son économie sont devenus plus observables au travers de l'exploration de l'actualité sanitaire. L'intuition que « la crise », qui n'était pas encore perçue de la sorte, allait donner du signifiant aux enseignements de SP pour cette promotion-là, commençait à apparaître et notre réflexion à évoluer. C'est à ce moment-là que la question de la pragmatisme de la SP s'est posée sous un nouvel angle, celui de l'analyse des situations.

Le 13 mars 2020, le plan blanc est déclenché dans notre établissement support et l'IFSI fermera ses locaux au public le soir même. Un plan de continuité pédagogique est élaboré très rapidement afin de poursuivre nos missions de formation. C'est dans ce contexte que l'UE 1.2.S2 - qui venait de démarrer, s'est poursuivie en enseignement à distance. Là où les mesures sanitaires pour limiter la progression de l'épidémie auraient pu freiner l'atteinte des objectifs pédagogiques pour cette UE, nous y avons donc vu une occasion d'adapter le projet d'enseignement à la situation. La majorité des intervenants externes a été volontaire pour dispenser les enseignements en ligne et nous avons créé à cet effet, une plateforme d'enseignement à distance qui permettait de dispenser les cours en audioconférence via l'application Discord. Cette dernière avait aussi l'avantage de pouvoir mettre en place des forums de questions et de partager des documents on line. Les Travaux Dirigés (TD) en groupe ont pu être poursuivis grâce aux salons vocaux dédiés sur Discord. Afin de compenser et d'accompagner l'intégration des connaissances notamment pour les cours qui n'ont pas pu être assurés par les intervenants mobilisés par la crise et qui n'ont pas pu se rendre disponibles, nous avons encouragé les étudiants à suivre un ou plusieurs MOOC (Massive Open Online Courses) centrés sur une thématique de santé publique. Pour valoriser cet investissement et l'effort d'autoformation, nous avons décidé d'attribuer $\frac{1}{4}$ de la note à l'évaluation de l'UE 1.2.S2 pour la réalisation d'un de ces Mooc. Ces ajustements devaient être provisoires et éviter une rupture

dans la continuité de la mise en œuvre du projet d'enseignement mais assez vite, les mesures sanitaires ont été renforcées et le confinement généralisé décidé par le Président de la République mi- mars 2020 nous a conduit à repenser assez rapidement les modalités d'évaluation pour l'UE 1.2.S2, qui devait être un contrôle de connaissances sur table. N'ayant pas la possibilité technique, à cette période, de contrôler les connaissances à distance dans des conditions de probité et de sécurité suffisantes, nous avons donc opté pour un travail de réflexion et de mobilisation de savoirs issus de l'expérience de la crise. Il s'agissait de répondre à 3 questions à développement court et axées respectivement sur une réflexion autour de la dimension publique de la santé, de la dimension économique de la prévention et des déterminants de santé. Les étudiants devaient alors mobiliser les enseignements théoriques pour analyser des documents essentiellement tirés des médias et fournis par les formateurs. Ils étaient invités à s'appuyer sur des exemples ayant trait à la situation sanitaire pour illustrer leurs réponses et devaient se positionner professionnellement.

In fine, cette expérience a confirmé nos intuitions : la contextualisation de la SP en situation de crise a permis de la problématiser et de l'illustrer, particulièrement dans ses dimensions collective, politique et économique, c'est-à-dire dans ses dimensions macrosociales. Les résultats aux évaluations de l'UE 1.2.S2 en juin 2020 sont très satisfaisants pour la promotion 2019/2022 concernée par cette concomitance des enseignements de santé publique avec la crise sanitaire. Seuls 2 étudiants sur 37 ne la valident pas, soit un taux de réussite de 95 % et la moyenne générale est de 13/20. La note la plus haute est de 19/20 et la plus basse de 6.5/20. Pour comparer, à la Commission d'Attributions des Crédits (CAC) de juin 2017, seulement 25% des étudiants validaient l'UE 1.2.S2 dont 1/3 par compensation avec une autre UE du semestre. La moyenne générale était de 6.92/20. La note maximale atteignait 15/20 et la note minimale était à 1.75/20. D'un point de vue global, les réflexions proposées dans les écrits de cette évaluation sont intéressantes et montrent une appropriation des connaissances qui va bien au-delà des promotions précédentes. Y compris pour certains étudiants qui habituellement montrent des difficultés à analyser et à mettre leur pensée en mots. L'intérêt personnel accordé au travail était perceptible au travers de leurs écrits riches en positionnements.

A la fin de l'UE, nous avons réalisé un bilan auquel peu d'ESI ont participé mais qui montre également, mais du point de vue des ESI cette fois, que la concomitance de la pandémie et des enseignements a contribué à une meilleure intégration des connaissances même si les conditions d'apprentissage en distanciel ont été une difficulté. *« L'IDE a tenu un rôle indispensable pendant cette crise sanitaire ; améliorer l'état de santé de toute la population et non d'un patient en particulier... cette pandémie touchait toute la population (lutte, surveillance,*

information, éducation, qualité et sécurité des soins...) » ; « *Nous avons été au cœur d'une crise sanitaire, selon moi, il n'y a pas de meilleur exercice étant étudiante...* », ou à propos du changement de méthode d'évaluation « *le travail de réflexion a permis de mieux comprendre et illustrer cette unité d'enseignement impactée au niveau de l'apprentissage à cause de la crise sanitaire. L'apprentissage a été différent et le partiel a davantage servi pour encore mieux comprendre et argumenter nos connaissances face à une situation* ⁴⁵.

Du côté des soignants enquêtés, la pandémie a été citée plusieurs fois par plusieurs personnes, même si les avis divergent sur son caractère apprenant. Pour certains, il était difficile en période de crise de prendre du recul pour analyser et prendre le temps d'encadrer les ESI dans une perspective de SP. Pour d'autres, au contraire, elle a permis une prise de conscience du caractère public, voire global (mondial) de la santé et constitue une excellente situation d'apprentissage. Parmi les situations que nous avons répertoriées, un certain nombre est rattaché à la covid-19 (vaccinations, tests de dépistages, actions d'information...) et le sujet de l'obligation vaccinale, du refus de certains personnels de se faire vacciner notamment, a été abordé à un moment ou à un autre de manière informelle avec la plupart des IDE. Lors de l'une des observations en EHPAD, nous avons eu une conversation sur ce sujet en présence d'un ESI de 1^{ère} année. Nous avons abordé la question sous ses différents angles et appréhendé les dimensions réglementaires, publiques, économiques et éthiques. L'IDE qui l'encadrerait nous a alors dit en souriant « *ben... ça c'est de la SP* », nous ne nous souvenons plus de ses propos exacts mais l'ESI avait lui-même confié avoir saisi davantage de liens entre les questions de SP et sa future profession. Lors des entretiens, plusieurs IDE ont fait référence au rôle social incarné par la profession infirmière et à la posture d'information et de conseil qu'elles avaient eu pour leurs proches et le voisinage tout au long de la crise et particulièrement au début. Dans les copies d'évaluation auxquelles nous faisons référence plus haut, plusieurs ESI avaient également mis en avant ce rôle public de l'IDE en matière d'éducation et de promotion de la santé.

Nous avons constaté des évolutions imputables à la crise sanitaire avec les 2 promotions suivantes, même si nous avons modifié progressivement les méthodes d'enseignements et les supports, nous y reviendrons plus loin. Nous nous demandons néanmoins si comme le suggérait l'une des IDE lors des interviews, la pandémie avait changé quelque chose dans le regard porté par la société sur les questions de SP. Les étudiants qui entrent en formation depuis 2020 et qui

⁴⁵ Témoignages d'ESI de la promotion 2019/2022 dans le bilan écrit de fin d'UE

étaient, pour la plupart, les lycéens victimes de la pandémie, ont-ils des représentations et un rapport différent à la profession ? Dès lors, la pandémie est-elle une opportunité pour former des professionnels davantage impliqués dans leurs missions de SP ? Comment utiliser cette expérience collective sans y réduire la SP mais au contraire entraîner les ESI à analyser toutes les situations de soins dans une perspective de SP ? La pandémie de 2020 entrera-t-elle dans l'histoire de la SP comme à l'origine d'une révolution sociale où la prévention et la promotion de la santé feraient norme pour tout le monde ? Peut-elle, pour autant qu'on l'analyse, augmenter notre degré de rationalité ?

9.3 Construire une ingénierie des compétences en santé publique : les enjeux pour la profession, la formation initiale et continue, et pour les politiques de santé

Notre enquête a montré que si, pour une majorité d'IDE, la compétence 5, « initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » s'exprimait de manière dominante et transversale dans l'activité, la SP était généralement non sue et non dite, elle occupe une place implicite qui ne devient explicite que si on l'interpelle. On a alors - d'un côté un terrain d'apprentissage fertile, qui offre une variété de situations potentielles de développement dont les caractéristiques permettent de problématiser la SP – et d'un autre côté des IDE qui se sentent plutôt concernés par les finalités de la SP, mais dont les connaissances sur le sujet sont trop abstraites pour leur permettre d'identifier, dans leur activité, ce qui relève de la SP, et mettre en évidence les liens théoriques lorsqu'ils encadrent des ESI. Tout comme les ESI de la génération actuelle, et quelle que soit leur ancienneté dans la profession, les IDE semblent avoir du mal à percevoir l'utilité pratique des enseignements de SP, dont ils gardent d'ailleurs peu de souvenirs. De la même manière, on retrouve des similitudes avec les ESI au niveau des représentations qu'ils ont des champs de missions de la SP, davantage adossées aux secteurs spécifiques de la prévention et de la promotion de la santé à grande échelle qu'au domaine des soins généraux. La SP est assez bien perçue en tant que discipline qui s'intéresse aux populations, aux actions collectives et aux politiques de santé, mais n'est pas envisagée dans la singularité des situations quotidiennes de travail et n'est donc pas abordée dans l'encadrement en stage. Nous avons toutefois remarqué que la mise en réflexivité induite par notre enquête avait permis de visibiliser assez rapidement une partie de la SP tout en faisant émerger un questionnement autour de la pertinence de l'intégration de la SP dans les pratiques d'encadrement. La dimension économique de la santé ne fait pas dissonance et la dimension économique de la prévention et de l'éducation questionne

tout particulièrement. In fine, du point de vue général, l'encadrement pourrait bien contenir davantage de liens avec les enseignements de SP et manifester une compétence de traduction de la SP comme savoir académique en savoir pragmatisé, intégrable dans les situations professionnelles... À condition d'en avoir le temps ; du temps pour se former, du temps pour se questionner et du temps pour encadrer...

Si l'entrée par l'analyse des situations semble adaptée pour pragmatiser la SP, comment impliquer et former les IDE qui assurent l'encadrement durant les stages cliniques et qui auront un rôle à jouer en termes de transfert de connaissances ? Il s'agit à la fois - d'interroger l'intégration des IDE qui encadrent sur le terrain dans la conception et la mise en œuvre des enseignements théoriques dans une logique d'alternance - et de réfléchir l'accompagnement qui peut leur être proposé, que ce soit en termes d'information sur le projet pédagogique, d'apport de connaissances en SP, d'analyse de l'activité ou de les outiller pour l'encadrement... Quel intérêt d'un partenariat IFSI-terrain pour pragmatiser la SP ? Peut-on considérer le détachement des IDE pour la formation initiale comme une opportunité spatio-temporelle de développement ? Et existe-t-il des démarches ou des méthodes qui associent formation initiale et formation continue ?

Intérêt d'une ingénierie de formation en SP pensée et mise en œuvre en partenariat avec le terrain clinique

Notre enquête a montré que les encadrants de terrain, y compris ceux issus du programme de formation actuel ou ayant bénéficié de la formation au tutorat connaissaient assez peu l'architecture et les contenus d'enseignement à l'IFSI, notamment pour les sciences humaines et la SP. Dès lors, il nous semble que le point de départ de notre démarche doit relever d'un éclaircissement quant aux objectifs pédagogiques et aux contenus académiques associés : quels sont les savoirs théoriques qui doivent être mobilisés dans l'encadrement – comment les ESI ont-ils été entraînés à les mobiliser dans l'analyse des situations d'école ? quels sont les savoirs pratiques, les éléments de compétences spécifiques à développer lors des stages cliniques ? Quels sont les objectifs de stage qui peuvent être formulés dans une perspective de SP ? Enfin, comment l'acquisition des connaissances et des compétences est-elle évaluée à l'IFSI et peut-elle l'être en stage ? Autant de points de repères qui doivent être donnés aux encadrants pour pouvoir comprendre leur rôle et s'impliquer dans une démarche de pragmatisation de la SP. La question qui se pose d'emblée relève des moyens à disposition pour pouvoir informer les encadrants à grande échelle. Notre enquête et notre expérience montrent que plus de 10 ans

après sa mise en œuvre, le programme de formation lui-même, n'est encore pas tout à fait compris et que des malentendus subsistent, notamment autour de l'évaluation des compétences en stage. La SP pourrait-elle faire priorité pour justifier d'être abordée lors de la formation au tutorat ? pour justifier de faire l'objet d'une formation spécifique ? À l'heure actuelle, dans notre IFSI, il n'existe pas d'objectif de stage institutionnel en lien avec la SP, à l'exception de la mise en œuvre du service sanitaire qui occupe un temps de formation clinique (1 semaine) mais détaché des soins généraux le plus souvent. De même, il n'existe pas de demande d'Analyse de Situation ou Activité Rencontrée en stage (ASAR) pour la compétence 5, « *initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* » et comme c'est le cas pour C3, C6 ou C10 où la commande est institutionnelle, dans une logique de progression en formation. Ces ASAR participent pourtant de l'évaluation de l'acquisition des compétences en stage et de l'attribution des ECTS associés.

Nous pensons que la co-construction d'objectifs de stage spécifiques à la SP et obligatoires pour les semestres 2 et 3, notamment la réalisation d'une ASAR en lien avec C5, pourrait être l'opportunité d'une première rencontre avec le terrain pour mieux cerner les besoins de part et d'autre et envisager des solutions en fonction des moyens disponibles.

De même, il nous semble nécessaire de faire participer des IDE à la restitution des TD d'analyse de situations emblématiques de SP pour - d'une part, enrichir la compréhension des situations de leur expérience professionnelle et donner davantage d'autorité à la SP du point de vue des ESI – et, d'autre part enrichir leurs propres connaissances et questionner leurs pratiques à l'échelle macro-sociale. Il s'agirait autant de donner des pistes pour questionner la SP dans le quotidien professionnel et mobiliser le vocabulaire et les concepts spécifiques de SP dans l'analyse des situations lors de l'encadrement en stage, que d'éclairer la SP dans les activités et les situations où elle se manifeste pour évaluer davantage l'acquisition de C5 en stage. Nous avons constaté, lors de notre enquête, que notre présence avait suscité une certaine curiosité et des réflexions a posteriori dans les équipes. Une des IDE enquêtée durant la 2^{ème} phase nous avait d'ailleurs contactée plusieurs mois après notre requête, et suite à un échange avec une IDE enquêtée en 1^{ère} phase. Nous pensons que les IDE partenaires dans l'enseignement théorique pourraient être les relais de cet accompagnement dans les services, ou que du moins cet accompagnement puisse se faire de manière conjointe. Certains IDE enquêtés se sont portés volontaires pour participer aux enseignements théoriques, des échanges informels avec des IDE rencontrés en situations professionnelles depuis le début de notre recherche, ont également conduit à des propositions de participation à nos TD, et il semblerait que la plupart des IDE soit plutôt motivée par une meilleure collaboration avec les IFSI.

Nous pensons enfin que ces IDE du terrain pourraient participer à l'évaluation conjointe des UE de SP ou du moins à une partie, dont la forme et les modalités resteraient encore à définir et à tester. Cela permettrait de mieux appréhender la formation clinique et les besoins des étudiants en termes d'intégration et de transfert des connaissances en stage.

Intérêt d'outiller le terrain pour analyser les situations et visibiliser la SP dans l'activité

Si les IDE sont habitués à encadrer les ESI en suscitant leur réflexivité, ils ne sont pas entraînés à l'analyse de l'activité dans ses dimensions méso et macrosociales et encore moins à interroger ce qui fait valeur dans leur agir. Les outils et méthodes d'analyse dont ils disposent concernent la dimension microsociale du soin et reposent la plupart du temps sur le raisonnement clinique et des modèles centrés sur les besoins singuliers de la personne soignée.

Le guide d'analyse tridimensionnelle (figure 2) que nous avons présenté infra, modélise l'intégration de la SP dans l'analyse des situations de travail et permet d'envisager le soin dans toutes ses dimensions, aussi bien publiques que privées. Il questionne les débats de valeurs qui sous-tendent l'activité en contexte de soin et en tant que maillon du système de santé et prend en compte toutes les caractéristiques qui pèsent sur les situations. Il permet de mobiliser une variété de concepts théoriques en lien avec la SP pour explorer et expliquer les situations et argumenter les activités ou soins IDE proposés par les acteurs en situation. Pour davantage d'opérationnalité, il peut être accompagné d'une liste de questions ou de points à interroger lors de l'encadrement, en fonction des objectifs poursuivis. Pour cela, il nous paraît nécessaire de soumettre notre guide d'analyse à l'avis des IDE et de construire avec eux un outil pratique qui leur permette de le mettre en œuvre dans leur encadrement. Cet outil devra être simple de compréhension et d'utilisation, en adéquation avec les conceptions de l'encadrement et adapté en termes de contraintes temporelles et institutionnelles. Il ne devra pas se substituer aux modèles d'analyse traditionnels mais les compléter. À cette fin, nous espérons pouvoir constituer un groupe de travail avec les IDE qui participeront aux prochains projets d'enseignement de SP au sein de notre IFSI.

Notre méthode d'observation est particulièrement adaptée pour observer l'activité dans ses dimensions micro et méso et leurs articulations. Le shadowing présente l'intérêt d'observer les continuités et discontinuités entre plusieurs séquences de soins, les imprévus, les aléas d'organisation et la manière dont ils sont gérés. Il permet d'observer les modes de collaboration, de communication, parfois les tensions et d'appréhender la relation avec *les autres personnes*,

le 6^{ème} ingrédient de la compétence. D'un autre côté, en ce qu'il se veut semi-participatif, il permet d'échanger sur l'activité dans le vif de l'activité, pour tenter de questionner les raisons d'agir. La SP, nous l'avons vu, s'observe essentiellement dans la transversalité de l'activité et dans les dimensions méso et macro du soin. Sa pragmatization implique d'établir des liens entre l'agir en chambre et le contexte social et institutionnel des couloirs de l'hôpital. C'est un avantage qu'offre le shadowing. S'il est aujourd'hui, le plus souvent, une méthode de recueil de données en recherche, le shadowing peut également être employé comme méthode pédagogique en formation : un outil préalable à l'analyse de l'activité, comme l'est l'entretien d'explicitation, mais qui se concentrerait moins, mais sans les négliger, sur des détails dans l'observation de la réalisation de tâches que sur l'observation d'une activité globale de travail qui inclut les artefacts et les interstices entre les différentes tâches à accomplir. En Amérique du Nord, les parcours d'orientation professionnelle et d'insertion ou de réinsertion emploient cette méthode pour guider les jeunes collégiens et lycéens ou personnes en situation de chômage ou de réorientation dans la découverte des métiers et construire leur projet professionnel. C'est aussi le cas dans la formation médicale aux USA et plus récemment en Suisse (Losego, 2015). Lors de notre formation de cadre de santé, nous avons nous-même expérimenté le shadowing lors d'un stage de management, afin d'identifier et d'analyser le rôle du cadre dans la gestion de l'information (réception, tri, analyse, rediffusion, évaluation...). Il s'agissait d'une demande institutionnelle qui participait à la validation de ce premier stage en secteur hors sanitaire et social et visait à appréhender les 10 rôles du cadre (Mintzberg & Romelaer, 2006). L'expérience avait été très enrichissante selon nous et nous l'avons réexpérimentée dans le cadre d'une analyse ergonomique lors du stage suivant.

Le shadowing est relativement simple à comprendre et à mettre en œuvre en formation, il est adapté à des personnes non initiées et au contexte de l'hôpital où l'observation de toute nature est une coutume et nous pensons qu'il serait aisé de tester son intérêt pour identifier les rôles infirmiers en lien avec la SP lors des stages du semestre 2 ; un autre axe d'objectifs de stage, mais la SP justifie-t-elle autant d'importance parmi les objectifs du stage de semestre 2 ? En effet, de nombreuses autres UE le mobilisent déjà en vue d'intégrer les connaissances qui y sont reliées : les soins techniques et notamment les préparations de perfusions, le raisonnement clinique et le projet de soins, les soins relationnels...Il faut peut-être se poser la question des liens entre le macro de la SP et le micro des soins et construire des objectifs communs ?

En vue d'outiller les professionnels du terrain pour l'encadrement des ESI en stage dans une perspective de pragmatization de la SP, il serait également intéressant de diffuser des situations

emblématiques analysées : des plans d'analyse types pour des classes de situations prévalentes selon les lieux d'exercice. Nous avons déjà un portefeuille de 35 situations clé dont certaines ont été mises à l'épreuve, ainsi que 27 nouvelles situations en réserve, nous en parlerons par la suite. Pour les plus pertinentes, il s'agirait de proposer une analyse synthétique selon un guide ou une structure commune, une sorte de « guide de correction ». Ce guide représenterait autant un outil d'entraînement à l'analyse des situations sous l'angle de la SP, en ce qu'il serait transposable à toute situation du quotidien, qu'une piste pour évaluer la compétence 5 dans tous les lieux de stage. Notre panel de situations doit encore être enrichi et diversifié avant de pouvoir être soumis à un procédé sélectif en partenariat avec des IDE. Dans l'idéal, les guides d'analyse seraient travaillés avec des infirmiers dans le cadre de groupes de travail ou de formations continues.

En lien avec les difficultés évoquées lors des entretiens pour évaluer C5 en stage et également rapportées par les ESI, nous pensons qu'il serait intéressant de proposer une liste d'activités réalisables dans tout type de service et qui permettent de mobiliser C5 : réalisation d'une analyse d'une situation de façon tri-dimensionnelle, actions d'information, de conseil ou d'orientation dans le parcours de soins (accueil et orientation d'un patient, explications sur les ordonnances de sortie ou l'importance de bien honorer les différents RDV médicaux au retour à domicile, informations sur l'intervention chirurgicale ou l'examen à venir et les précautions à prendre ...), réalisation d'un soin éducatif ou préventif (séquence éducative autour de la prévention des effets secondaires d'un médicament, ou en lien avec la prévention des douleurs, des nausées...), action de promotion de la santé (promotion de l'activité physique en favorisant la participation active du patient, promotion de sa propre santé en protégeant son dos, promotion de l'autonomie du patient...) participation à la mise en œuvre d'un projet éducatif (autosoins de stomies, d'insulinothérapie, des pansements...), réalisation d'une ASAR en lien avec C5...Ce guide devra idéalement lui aussi être travaillé avec les IDE, de même pour la question de sa diffusion dans les services.

Lors des entretiens, le raisonnement clinique et le modèle conceptuel de Virginia Henderson ont été évoqués par plusieurs IDE et, même si la formalisation de la démarche de projet de soins est encore trop souvent considérée comme un exercice d'école, il semblerait que les IDE en activité le mobilisent, voire le valorisent comme un instrument relevant du rôle propre et de leur quotidien professionnel. Lors d'un encadrement, il est souvent demandé aux ESI de réaliser un projet de soins pour une ou plusieurs personnes dans le but d'évaluer leur capacité à recueillir

des données pertinentes et à établir des liens entre elles pour proposer un diagnostic clinique et concevoir ensuite un projet de soins adapté à la situation - les compétences 1 et 2 du référentiel IDE. C'est un exercice qui permet d'estimer si l'ESI a compris la spécificité des prises en soins dans le service, les modes de collaboration et de coordination des soins, s'il utilise les outils et connaissances à sa disposition pour analyser les situations, si l'indication des thérapeutiques et leurs surveillances ont été intégrées et s'il comprend les situations dans leur globalité... in fine, s'il a acquis cette fameuse capacité à « *faire les liens* », expression d'ailleurs fortement employée par les IDE et par les cadres de santé formateurs, et qui pourrait bien être un concept pragmatique.

De même, durant les entretiens, plusieurs diagnostics infirmiers, notamment éducatifs, ont été cités : *adhésion/non adhésion* et *observance/non observance*, et en lien avec les situations répertoriées, on peut en retrouver d'autres : *manque de connaissance, manque de motivation/motivation à améliorer sa santé, stratégies d'adaptation inefficace, comportement à risque pour la santé...* Plus généralement, tous les diagnostics identifiant *un risque* dans la situation peuvent être mis en lien avec le concept de prévention : risque d'escarre, risque de chute, d'infection... ; la notion de risque introduit également le concept d'épidémiologie, elle fait référence à la prévalence des risques en présence de certains *facteurs favorisants*, un concept clé dans la démarche de raisonnement clinique. De même, tous les diagnostics médicaux devraient interroger, à minima, la question de la *prévention tertiaire* : prévention des macro et microangiopathies chez le sujet diabétique, prévention et dépistage des signes de surdosage en morphine chez le patient en stade terminal d'un cancer ... ou de *conseil et information* : sur les effets secondaires aux thérapeutiques, le régime et les éléments de surveillance clinique et biologique dans le cadre d'une maladie chronique, éventuellement de *promotion de l'autonomie* dans le cas de certaines de ces pathologies ou de handicaps. Certaines situations plus spécifiques, mais que l'on rencontre aussi dans les soins généraux peuvent amener des diagnostics infirmiers « non éducatifs » mais qui permettent de mobiliser d'autres concepts en SP, aussi bien dans la phase de raisonnement que dans l'élaboration du projet de soins : *isolement social, perturbation de la dynamique familiale, environnement inadapté... les déterminants de santé* ou *caractéristiques agissantes* dans la situation.

Enfin, dans certains lieux d'exercice où les prises en charges sont plus longues ou régulières, les soins à domicile, les services de SSR, la cancérologie, la santé mentale... d'autres concepts de SP peuvent être mis en lien avec le diagnostic clinique : *ETP, coordination interdisciplinaire, réseaux et filières de soins...*

Par ailleurs, nous avons montré que toutes les situations cliniques pouvaient être analysées de manière à intégrer la SP dans le raisonnement, mais à condition de les envisager aussi dans leurs dimensions méso et macro. Par exemple, concernant les dimensions collective, politique et économique de la prévention des chutes chez le sujet âgé - Quel est le coût des chutes et de leurs conséquences et quel est l'impact pour le budget de la santé ? Quel est le coût et l'impact social de la dépendance ? Que proposent les politiques de santé pour répondre à ce problème de SP ? Quel est mon rôle en tant que professionnel de la santé dans la mise en œuvre des politiques de prévention et l'ES? Quels sont mes outils pour agir ? Quelle priorité pour la prévention dans la situation et quels critères déterminent cette hiérarchisation ? In fine, en quoi mon activité quotidienne et les débats de normes qui s'y tiennent a-t-elle un impact social ? En effet, l'important n'est-il pas d'initier à une disposition au collectif dans ou par l'instauration systématique d'un débat de valeurs ?

Dès lors, nous pensons que la SP peut être intégrée aux outils existants de raisonnement clinique que ce soit à travers l'analyse des problèmes médicaux et du rôle prescrit, à travers l'exploration des complications potentielles ou des réactions humaines en regard des problèmes de santé identifiés ou encore à travers une analyse plus globale, tri-dimensionnelle. A l'heure actuelle, notre projet d'enseignement pour l'UE 4.6.S3, « *Soins éducatifs et préventifs* » repose totalement sur l'analyse clinique de situations éducatives. Concrètement, les ESI doivent mobiliser le raisonnement clinique pour analyser des situations de soins et proposer un projet éducatif. Pour argumenter la cohérence du projet, ils doivent mobiliser les concepts clé de cette UE (*éducation, éducation thérapeutique, pédagogie...*) mais aussi ceux de l'UE 1.2.S2 : SP et ES (*prévention, éducation à la santé, promotion de la santé...*). Nous nous posons la question d'intégrer une analyse tri-dimensionnelle à ce schéma pour l'UE 4.6.S3 ou pour l'UE intégrative du semestre 4 qui permet un approfondissement des connaissances et une appropriation progressive de la compétence en prévention et éducation. Il nous semblerait alors opportun d'intégrer notre approche dans le cadre de formations continues au raisonnement clinique pour les tuteurs et/ou encadrants ?

Intérêt d'un dispositif d'analyse de l'activité pour accompagner la pragmatization de la SP

Notre enquête a montré que la mise en visibilité de la SP dans les soins généraux impliquait une double démarche d'analyse de l'activité où il s'agit à la fois de conceptualiser et de mettre en débats les valeurs qui sous-tendent l'agir. Si notre recherche questionnait au départ les pratiques d'enseignement théorique en formation initiale, elle a montré qu'une pragmatization

de la SP était également indissociable d'une réflexion sur les pratiques d'encadrement en stage et a mis en évidence des besoins en formation continue pour les IDE du terrain. Dès lors, peut-on imaginer un dispositif d'analyse de l'activité qui puisse à la fois répondre à des objectifs de formation initiale et à des objectifs de formation continue et se présenter comme un terrain commun de développement où étudiants, encadrants et cadres de santé formateurs construisent ou se maintiennent en compétences ? Plusieurs IDE interviewés déplorent que les cadres de santé de l'IFSI ne soient pas davantage sur le terrain, certains regrettent les MSP du programme de 1992 surtout parce qu'elles étaient l'occasion de rencontres et d'échanges avec les enseignants. Globalement, ils considèrent que le programme de 2009 a creusé l'écart entre l'école et « *la vraie vie* ». Pourtant le paradigme de la formation actuelle promeut l'analyse des pratiques en stage et les rencontres entre étudiants, formateurs et encadrants sont encouragées. En réalité, les pratiques d'accompagnement et la fréquence des visites en stage sont très variables selon les instituts. Dans l'IFSI au sein duquel nous exerçons, elles ne sont plus programmées de manière systématique pour tous les ESI et seuls ceux qui rencontrent des difficultés, qu'elles aient été exprimées par eux-mêmes ou par les encadrants, bénéficient d'une visite en stage. Le plus souvent il s'agit plus d'établir une médiation qu'une action de formation visant l'acquisition d'une connaissance ou d'une compétence.

Alors que son paradigme est fondé sur l'alternance, la réforme de 2009 a créé une certaine séparation entre la formation académique et la formation clinique, particulièrement dans les IFSI de petite taille, rattachés à de petits centres hospitaliers, et où les terrains de stages peuvent être géographiquement éloignés. Les ASAR sont réalisées par écrit et seuls les formateurs référents du suivi pédagogique à l'IFSI accompagnent leur écriture de manière individualisée et individuelle. Depuis le début de l'épidémie de covid 19, du fait de la surcharge de travail des équipes de soins et de celle des formateurs, les analyses de situations cliniques qui validaient les UE intégratives des semestres 2 et 5 ne se réalisent plus sur le terrain avec un binôme cadre de santé formateur/IDE de terrain mais à l'IFSI avec l'enseignant seul. Nous pensons qu'une rencontre programmée au semestre 2, durant le stage qui sépare les 2 périodes d'enseignement en SP pourrait être une opportunité d'innovation pour une (re) didactisation des savoirs en SP qui se présente aussi comme une occasion de réciprocité à 3 pôles, en référence au DD3P évoqué dans notre cadre théorique : un dispositif ergologique de production de savoirs en formation. Il s'agira de construire ou d'adapter une méthode d'analyse de l'activité qui permette d'explorer la structure conceptuelle des situations et ses caractéristiques agissantes tout en interrogeant les débats et arbitrages qui ont conduit aux choix opérationnels.

Les groupes de rencontre du travail (GRT) proposent une analyse ergologique du travail et visent à interroger le sens du travail afin de produire de nouvelles connaissances sur le travail. Ils constituent une modalité de mise en œuvre du DD3P, et permet la rencontre entre des savoirs théoriques et des savoirs d'expérience, autrement dit de faire dialoguer des concepts et l'activité humaine, entendue comme l'activité de vie au travail, mais également la rencontre entre les participants et leurs points de vue. Concrètement, il s'agit d'organiser une rencontre autour d'une thématique qui intéresse communément un groupe de personnes et qui pourrait être en lien avec la SP : prévention de l'iatrogénie médicamenteuse, prévention du gaspillage de matériel, efficacité de la coordination interprofessionnelle... Et d'explorer des situations vécues par les participants sous un angle pluridisciplinaire en convoquant à la fois les savoirs professionnels d'expérience et les repères macrosociaux de la SP faisant norme. « *Le GRT va donc faire ce travail critique, ce retravail des savoirs, de façon à dégager des expériences ce qui n'est pas dépendant du seul point de vue du protagoniste mais qui fait découvrir à tous un aspect de la réalité qui intéresse tout le monde. Alors ce savoir d'expérience devient communicable, et il peut dialoguer avec les savoirs formalisés, notamment ceux de l'organisation, pour accompagner le changement...* » (Durrive, 2014, p.197). Quelle pourrait être la plus-value d'un GRT qui regroupe des apprenants et des professionnels expérimentés et animés par un cadre de santé enseignant dans une perspective de formation en SP ? Ou d'un GRT qui réunit des équipes pluriprofessionnelles dont certains en formation ? Comment introduire la diversité des échelles du travail et appréhender les dimensions méso et macro des situations dans l'animation d'un GRT ?

Dans le même ordre d'idée mais dans le champ de la didactique professionnelle cette fois, on peut citer le Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Educatives (GEASE) (Étienne & Fumat, 2014), qui deviendrait alors un « GEASS », centré sur des situations de Soins, encore que pour la SP et concernant les situations que nous avons répertoriées, il s'agit souvent d'activité éducative dans une perspective de prévention et de promotion de la santé et le terme GEASE reste donc tout à fait approprié. Les GEASE sont des groupes d'analyse de la pratique professionnelle pouvant mêler professionnels en formation initiale ou continue et dont la démarche d'analyse se caractérise par sa *multiréférencialité* (Ardoino, 2000), une approche pluridisciplinaire qui permettrait d'appréhender les situations avec une vision très large : aspects institutionnels, sociologiques, historiques, psychologiques, organisationnels... et donc à la fois dans ses dimensions micro, méso et macro. Concrètement, le GEASE est animé par un formateur qui veille à son bon déroulé et peut intervenir comme tous les autres participants,

sans toutefois avoir une place singulière dans la production de connaissances. Il se déroule en 4 phases : la 1^{ère} phase permet à la personne qui a vécu une expérience d'exposer la situation ; au cours de la 2^{ème} phase, les autres participants sont conviés à poser des questions pour faire préciser certains faits. Durant la 3^{ème} phase, les autres participants formulent des hypothèses interprétatives en convoquant leurs savoirs constitués et d'expérience pour mieux comprendre la situation. À la fin du GEASE, la personne qui a vécu la situation donne son point de vue sur l'interprétation du groupe si elle le souhaite. Dans une perspective de conceptualisation, le GEASE peut être complété d'un méta-GEASE afin de mettre en évidence tous les savoirs convoqués pour explorer la situation et comme dans une démarche ergologique, une forme de réciprocité se crée entre des savoirs académiques et des savoirs d'expérience et génère de nouveaux savoirs. Le méta-GEASE s'intéresse aussi à la dynamique du groupe et vise alors à améliorer son efficacité, une plus-value si l'on veut construire des compétences collaboratives pour améliorer l'efficacité des soins par une meilleure coordination pluriprofessionnelle des parcours dans un contexte de formation interprofessionnelle.

Enfin, la vidéoformation paraît intéressante en ce qu'elle permettrait, à la fois, la confrontation d'un sujet à son activité, mais également une confrontation croisée avec des pairs, novices ou experts... Elle comporte l'inconvénient, dans le domaine des soins, de soulever des questions techniques, réglementaires et éthiques difficiles à appréhender. Les « *saynètes jouées en aveugle* » (Asloum et al., 2022), constituent une alternative où il s'agit de réagir à une situation jouée de façon improvisée par des pairs. Toujours dans le registre de la vidéoformation, la plateforme d'autoformation à distance, Néopass@ction (Ria & Leblanc, 2011), conçue en vue de contribuer à la professionnalisation des jeunes enseignants, est intéressante en ce qu'elle est une solution à la limite du temps et des ressources allouées à la formation continue, mais un tel projet nécessite de nombreux moyens de conception. Quelle que soit sa modalité, ce type de dispositif d'analyse de l'activité possède l'avantage de contribuer à la formation initiale et continue, et de déprivatiser le travail dans un collectif (Veyrac, 2022) tout en produisant des données pour la recherche.

Intérêt d'ouvrir ou étendre les stages cliniques à l'exercice libéral dans une perspective d'intégration des connaissances en SP

Notre enquête a montré que la SP était particulièrement visible dans les soins à domicile : les prises en charge sont généralement plus longues et parce que les visites sont limitées à 3/j, elles impliquent de regrouper les soins et les situations sont donc plus globales. L'immersion du

soignant dans l'environnement familial et social du patient et dans son cadre de vie amènent une appréhension plus large des déterminants de santé et la chronicité des prises en charge permet la mise en œuvre de projets d'éducation et de promotion de la santé qui prennent mieux en compte les besoins singuliers et vulnérabilités des personnes. A domicile, le niveau méso social des situations est particulièrement observable et pris en compte dans l'analyse des situations : le rôle et l'influence de l'entourage, des aidants, la proximité ou l'éloignement des prestataires de soins (médecins, pharmacies, laboratoires et coordination interprofessionnelle...), l'aménagement, l'accessibilité ou l'hygiène du logement, les conditions financières, les voisins, les pressions diverses... sont des caractéristiques agissantes. Les déterminants de la santé, les inégalités sociales et d'accès aux soins, la promotion de l'autonomie et du maintien à domicile, l'économie de la santé et l'économie de la prévention sont des concepts théoriques qui y sont pragmatiques. Nous avons remarqué un rapport à l'économie légèrement différent chez les soignants exerçant à domicile où ils codent et facturent eux-mêmes les activités de soins qu'ils dispensent et ont peut-être la possibilité d'appréhender le coût et l'efficacité des soins, tandis qu'en institution les IDE sont salariés et leur activité est incluse dans un forfait journalier qui ne tient pas compte de l'activité réelle et du temps soignant, ils sont plus ou moins déchargés de cette responsabilité économique, ce qui ne les empêche pas d'avoir un point de vue sur les questions économiques. Nous n'avons pas rencontré d'IDE exerçant en centre de soins infirmiers au titre de salarié, mais nous pensons que les situations seraient globalement les mêmes et bien que les revenus ne dépendent pas du codage des actes, les IDE exerçant dans ces structures participent à la facturation des soins et à la réception des règlements.

Nous nous posons la question de l'intérêt d'un *stage obligatoire dans le domaine des soins à domicile*, aux semestres 2, 3 ou 4 et en lien avec des objectifs spécifiques relatifs à la SP. A ce jour dans notre IFSI, certains ESI ont la possibilité d'effectuer un stage dans un centre de soins infirmiers mais ce n'est pas une obligation et ne concerne pas la majorité d'entre eux, les places de stages y étant insuffisantes. Les stages en exercice libéral sont encore très peu développés, bien que quelques expérimentations aient été satisfaisantes, mais les réticences subsistent de part et d'autre. Du côté académique, on craint que les étudiants ne soient pas assez supervisés ou que les pratiques ne soient trop artisanales ou trop routinières (peu de soins techniques, manque de variété des situations rencontrées...) tandis que du côté des professionnels on craint une activité d'encadrement chronophage qui nuit à l'organisation du travail et on déplore un manque de reconnaissance du temps dédié à l'encadrement. Pourtant, notre enquête montre des

réalités totalement différentes : les situations rencontrées sont d'une grande variété, elles proposent des soins techniques et supposent des connaissances biomédicales complexes (soins de dialyse, de cathéters, administration de morphiniques, pansements complexes...) les IDE libéraux rencontrés sont très attachés au maintien en compétence, à la réflexivité, ils se forment et interrogent leurs pratiques et regrettent de ne pas pouvoir encadrer depuis qu'ils exercent selon ce mode. Peut-on penser une indemnisation des IDE libéraux afin d'ouvrir davantage de places de stage à domicile et de sensibiliser davantage d'ESI au coût et au sens des soins dans une perspective économique ? N'est-ce pas une réponse à la pénurie des places de stage ?

Intérêt d'une formation en SP pluriprofessionnelle et d'un travail en partenariat avec les autres professionnels et formateurs en santé

Notre enquête a montré que la compétence 9, « *Organiser et coordonner des interventions soignantes* » était mobilisée de façon dominante dans l'activité des IDE, tous secteurs confondus. En EHPAD, nous avons pu l'identifier en rang 1 au cours de nos observations. Par ailleurs, les entretiens ont montré que les IDE attachaient beaucoup d'importance à la qualité de la collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle, notamment à celle de la coordination avec les médecins. Pour certains IDE, la construction de C9 est prioritaire pour l'encadrement, et pour les IDE libéraux, une bonne collaboration avec les différents intervenants est une condition sine qua non au maintien du patient à son domicile et à la qualité des soins. Enfin, dans une perspective d'efficacité des soins et comme nous l'avons évoqué dans notre problématique, les politiques de santé encouragent les professionnels et les établissements de santé à se rapprocher pour une meilleure coordination des parcours. Peut-on, dès lors, apprendre aux futurs professionnels de la santé à travailler en équipe pluriprofessionnelle en intégrant l'interdisciplinarité dans l'analyse des situations ? Nous avons déjà questionné plus haut l'intérêt de dispositifs d'analyse de l'activité de type GRT ou GEASE et ouverts à des équipes pluriprofessionnelles mixtes : professionnels expérimentés, novices, apprenants et enseignants, peut-on imaginer d'autres méthodes pour préparer les professionnels de santé à travailler en interprofessionnalité ? Dans le référentiel de compétences des kinésithérapeutes, on trouve la compétence 3, « *Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage* » et dans celui des médecins généralistes, la compétence 2 « *Éducation en santé, prévention individuelle et communautaire* ». Les diététiciennes doivent être capables d'« *élaborer et conduire une démarche d'intervention en santé publique : prévention, dépistage et éducation thérapeutique* ». De même, d'après le

Ministère de la santé et de la prévention, « *comme tout professionnel de santé, le chirurgien-dentiste fait de la prévention auprès de ses patients et prodigue des conseils en hygiène bucco-dentaire* ». Quelles opportunités avons-nous pour que les étudiants en santé puissent se rencontrer dans un objectif de formation et la SP peut-elle se présenter comme l'épicentre d'une culture commune ? Quels sont les savoirs de référence communs aux professionnels de la santé et quels savoirs expérimentés propres à chaque famille de professionnels peuvent-être retravaillés en interdisciplinarité pour faire sens pour les autres partenaires du soin ? La SP est par nature pluridisciplinaire, elle implique des savoirs scientifiques et professionnels émanant de disciplines très variées qui n'utilisent pas toujours le même langage ou les mêmes codes malgré des objectifs partagés. Dans la formation infirmière et comme nous l'avons montré tout au long de ce travail, c'est à la fois la complexité des liens entre ces connaissances et de leurs liens avec la pratique professionnelle qui représente un obstacle dans l'appréhension de la dimension publique des soins et la perception de la SP en général. En quoi les concepts de réseaux, de filières, de CPTS... peuvent-ils prendre sens dans un dispositif d'analyse des situations en groupe de formation interprofessionnel ? Pour collaborer, ne faut-il pas d'abord se connaître ? Connaître les missions, les domaines de compétences, les modes de raisonnements et les outils mobilisés, les champs d'intervention... mais aussi les difficultés rencontrées, les conceptions de la santé, du soin et les valeurs professionnelles portées par les collaborateurs. De même, peut-on imaginer des rencontres interdisciplinaires, des TD communs avec des étudiants en travail social, en sciences de l'éducation, en droit, en philosophie... ? Si les démarche ergologique ou d'analyse de la pratique professionnelles que nous proposons plus haut permettent la construction de nouveaux savoirs, le retravail des normes dans un contexte pluri disciplinaire permettrait-il de construire aussi de nouvelles normes communes ? En quoi la SP peut-elle se présenter comme la finalité commune d'un ensemble de professions et de disciplines ou sous-disciplines à travers ce type de dispositif ?

L'arrêté du 10 novembre 2022, relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé introduit une formation numérique en santé, obligatoire pour tous les futurs professionnels de la santé dès la rentrée 2024. L'objectif est de bien les préparer aux évolutions du système de santé et notamment aux enjeux éthiques en lien avec l'usage numérique et la transmission des données médicales. Elle vise également une meilleure collaboration interprofessionnelle, c'est pourquoi en formation infirmière, elle sera mise en lien avec les UE 1.3 (Législation, éthique, déontologie) et les UE 3.2 et 3.3 (projet de soins et coordination interprofessionnelle). Comment visibiliser la SP et l'ES dans la construction des objectifs d'apprentissage pour ces nouveaux savoirs à acquérir ? Cette réforme qui doit être généralisée

à l'ensemble des professionnels en santé ne peut-elle pas s'envisager dans une perspective pluriprofessionnelle puisque c'est justement une meilleure collaboration qu'elle vise ? En effet, « *la solution pour bâtir l'avenir, elle est dans la coopération entre personnels administratifs et soignants, entre soignants paramédicaux et entre la ville et l'hôpital* » (Macron, 2023, p.4).

Concernant l'absence d'interdisciplinarité dans la mise en œuvre du service sanitaire dans les IFSI, le manque de compatibilité dans l'architecture des UE dédiées à la SP au sein des différents programmes de formation et dont les durées sont très variables, est souvent présenté comme un obstacle. Nous avons montré que la SP était transversale à l'activité infirmière, qu'en est-il pour les autres professions ? Si cette transversalité est commune, ne peut-on pas imaginer des ateliers thématiques pensés en cohérence et articulés avec les programmes dans leur singularité ? Autrement dit faut-il absolument entrer dans le cadre d'une UE de SP pour parler de SP ? La question de l'intégration d'une telle démarche dans les différents parcours ne doit-elle pas se poser en aval d'une réelle réflexion sur les objectifs poursuivis et les résultats attendus ? Ne peut-on pas imaginer des journées de rencontres thématiques, des séminaires ou des tables rondes qui soient organisés à un rythme à définir et en alternance entre les différents centres de formation participants ?

9.4 Mise à l'épreuve des résultats

Afin de vérifier leur pertinence et leur exploitabilité en formation et éventuellement d'estimer le potentiel didactique d'une approche de DP, nous avons mis nos premiers résultats à l'épreuve de la pratique de février à mai 2022 pour une promotion de 42 ESI de semestre 2. Entre autres éléments de réingénierie du projet de formation de SP en 1^{ère} année, nous avons intégré plusieurs travaux dirigés d'analyse de situations de soins sous l'angle de la SP.

Les objectifs pédagogiques de ces TD étaient d'identifier les liens entre les savoirs théoriques explorés tout au long de l'UE et la pratique professionnelle et de les mobiliser pour expliquer les situations du quotidien dans les soins généraux. A ce moment-là de l'année, les ESI ont réalisé un seul stage, généralement en secteur gériatrique et s'apprêtent à réaliser leur 2^{ème} stage de 1^{er} année. Les cours d'introduction à la SP ont été dispensés.

Pour le 1^{er} de ces 2 TD, qui a eu lieu quelques jours avant le stage, 6 situations parmi celles référencées lors des observations ont été sélectionnées et soumises à analyse en 6 groupes à l'aide d'un guide. Nous avons sélectionné une situation pour chaque secteur d'activité observé,

afin de montrer le déploiement de la SP dans les soins généraux le plus largement possible (EHPAD, médecine, oncologie, urgences, domicile et SMUR). L'outil d'analyse était constitué de questions qui permettaient - d'explorer la place du lieu de soins dans le système de santé et ses missions de SP ainsi que les données épidémiologiques en lien avec la situation et les problèmes identifiés - d'identifier le niveau de prévention mis en œuvre dans les interventions infirmières et de l'argumenter – d'argumenter la dimension collective et économique dans les situations – d'identifier et d'argumenter 2 concepts de SP qu'illustre la situation – et de conclure en élargissant l'analyse à une question de SP en lien avec l'actualité sanitaire et/ou la profession. Chaque groupe a analysé une situation puis a restitué son travail devant l'ensemble de la promotion.

Pour le 2^{ème} TD, les ESI avaient la consigne d'identifier et de décrire par écrit, durant le stage intermédiaire, une situation de soins exploitable pour un TD de SP sur le même modèle que le premier. De retour à l'IFSI, les groupes ont donc, cette fois, choisi une situation à analyser parmi celles rapportées par les membres le constituant puis l'ont analysée avec le même guide. Dans un 2^e temps, ils ont restitué leur travail d'analyse en promotion complète.

Parmi les autres éléments de réingénierie, nous avons introduit un nouveau TD d'analyse d'articles de presse, dont l'objectif était d'établir des liens entre des questions de société et la SP. Nous avons proposé 6 articles récents questionnant des problèmes de SP (impact des technologies de réalité virtuelle sur la santé, résistance à la vaccination, domotique et santé...). Nous avons également remplacé un TD exploratoire sur les concepts par un cours introductif et interactif qui s'est clôturé par un quizz sous la forme d'un célèbre jeu télévisé conçu par Powerpoint.

Le premier bilan de cette première tentative de réingénierie est plutôt encourageant. En ce qui concerne la demande situationnelle pour le stage, nous en avons réceptionné 39 sur les 42 ESI que compte la promotion. 27 de ces situations sont complètes en regard des consignes et résultats attendus et montrent la capacité des ESI à identifier des liens entre la SP et les pratiques professionnelles. Elles peuvent faire l'objet d'une exploitation en l'état. Des liens théoriques sont identifiables dans 12 autres situations mais leur description et le choix des détails ne permettent pas forcément de s'assurer que les ESI aient bien compris tous les liens potentiels. 1 seule situation rapportée était totalement hors-sujet. En revanche, lors du choix des situations au cours du 2^{ème} TD, tous les groupes ont opté pour l'une des 27 situations que nous considérons totalement pertinentes, ce qui montre qu'à l'échelle des groupes, les objectifs pédagogiques en lien avec la SP étaient compris.

Le bilan de fin d'UE réalisé par enquête en ligne a montré une évolution générale plutôt positive du regard des ESI porté à la SP et un sentiment d'appropriation des connaissances nettement supérieur à la moyenne (3,4/5) et facilité par l'entrée par les situations. Les ESI ont apprécié l'UE en général et l'ont tous trouvée utile pour l'exercice professionnel. Ils sont néanmoins 70% à évoquer « un peu de difficultés » (contre 20% « pas du tout » et 10% « beaucoup ») mais sans toutefois apporter de détails exploitables hormis le manque de temps pour les TD. Nos résultats pourraient être complétés par des entretiens visant à explorer les obstacles à l'intégration des savoirs et in fine à améliorer nos méthodes. Le cours introductif et sa forme ludique ont été particulièrement appréciés. A la session 1 de l'évaluation, il n'y a pas d'échec pour les ESI présents aux épreuves.

De nombreuses limites à ce premier bilan doivent être évoquées, à commencer par sa subjectivité : effet pygmalion et implication des enseignants, caractère monocentrique de l'expérience, changement d'intervenant extérieur pour toute la partie théorique... c'est pourquoi d'autres expérimentations devront être évaluées avec davantage de scientificité, des méthodes plus rigoureuses et dans différents IFSI auprès de promotions qui ne présentent aucun lien avec le chercheur. Notre TD d'analyse de situations a été proposé fin 2022 dans un autre IFSI de la même taille que le nôtre, nous sommes en attente du point de vue du formateur référent des enseignements sur cette expérience. Par ailleurs, notre travail sera présenté prochainement dans plusieurs IFSI de la région et nous espérons convaincre d'autres collègues référents des enseignements de SP d'expérimenter notre méthode afin d'envisager par la suite un véritable projet de recherche-action reposant sur les résultats de notre recherche.

Pour la promotion 2022/2025, nous envisageons d'introduire une question portant sur les conceptions et valeurs professionnelles à notre guide d'analyse pour les TD et afin de montrer la finalité commune des soins et de la SP dans une perspective ergologique. Les restitutions des 2 TD seront co-animés par un IDE tuteur en activité dans un service de SSR.

Pour conclure ces quelques éléments de discussion, nos perspectives de réingénierie impliquent de nombreux acteurs et du temps... du temps pour réfléchir, pour construire... et du temps pour se former et analyser sa pratique dans une perspective de développement continu. En somme, du temps pour intégrer les différentes temporalités du soin que la SP met justement en valeur (au sens strict : la valeur du soin n'a de sens qu'au regard des temporalités de l'acte, de l'activité, de l'institution, de la santé des populations, de l'évolution historique des sociétés...).

Nos projections impliquent des réunions de travail, des actions de formation, des démarches d'évaluation et dans l'idéal, de recherche... Elles posent la question de la reconnaissance du temps de formation et de recherche, de celui qui permettrait de pouvoir réellement mettre en œuvre les compétences 7 et 8 du référentiel de compétences IDE. En effet, lors de nos observations, la compétence 7 s'est très peu manifestée, tandis que la mobilisation de la compétence 8 n'a pas été observée du tout. En quoi le contexte sanitaire et social justifie-t-il de tels investissements en temps humain alors même que tout le monde travaille déjà à flux tendu dans le milieu des soins et que de nombreux besoins en formations diverses sont exprimés et impossibles à satisfaire. Comment évaluer, à l'échelle sociale, la compétence en SP ? Autant d'enjeux pour les politiques de SP qui devront organiser les réformes annoncées pour la formation infirmière et les études de santé en général mais aussi la formation initiale et continue des enseignants et notamment repenser le statut des cadres de santé formateurs dans une perspective de développement de la recherche en soins et en pédagogie des sciences de la santé.

Conclusion générale

Une démarche qui a permis la production de nouvelles connaissances sur l'activité infirmière

Notre démarche, combinant didactique professionnelle et ergologie, a démontré la pertinence d'une entrée par l'activité et l'analyse des situations de travail dans une perspective de pragmatisme de la SP en formation infirmière. Elle s'est voulue génératrice de nouvelles connaissances sur le plan scientifique, et nous a permis d'apporter des éléments de réponse à notre question de départ : *Comment pragmatiser la SP dans les enseignements et leur donner du sens dans une perspective professionnelle pour former des IDE impliqués dans leurs missions de SP ?*

Nous avons, en grande partie, validé deux de nos hypothèses, en lien avec le pouvoir apprenant des situations de soins généraux dans le domaine de la SP. Notre 1^{ère} hypothèse, qui postulait en faveur d'une prédominance de conceptions biomédicales de la santé et curatives des soins est non valide, ce qui se révèle être une opportunité pour valoriser le rôle infirmier dans le champ de la SP, en prenant comme point de départ les valeurs qui la sous-tendent.

Nous ne le résumerions pas mieux que cet ESI de la promotion 2021/24 dans le bilan de l'UE 1.2.S2 « *pour moi, éduquer c'est être bienveillant donc faire de la SP c'est être bienveillant* », le fameux *care*, contenu dans la racine étymologique du mot éducation, « *educarer* » et condition sine qua non du *travail bien fait* : « *il n'y a pas de bien-être sans bien-faire, et il ne sert à rien de s'occuper de la qualité de vie au travail si on ne s'intéresse pas d'abord à la qualité du travail. Le travail bien fait est le trait d'union entre la santé et la performance* » (Clot, 2013).

Mais la didactique professionnelle et l'ergologie proposent également des alternatives, en termes de conceptions de méthodes et d'outils, et offrent des perspectives d'ingénierie de formation initiale et continue. En effet, notre enquête a permis une évolution des représentations de la SP en créant un espace de dialogue entre les savoirs théoriques et l'activité, elle-même productrice de savoirs d'expérience, identifiables par l'exercice réflexif qu'elle a impliqué. Elle a permis une mise à l'épreuve, à l'IFSI, d'une démarche d'analyse des situations de soins généraux dans le cadre des enseignements de SP, et dont le bilan s'est révélé plutôt positif. D'un autre côté, la plupart des IDE interviewés ont affirmé, en fin d'enquête, une évolution possible de leurs pratiques d'encadrement, en faveur de la SP. Elle a donc été fructueuse, tant d'un point de vue scientifique, que d'un point de vue pédagogique et professionnel.

Cette recherche devra être poursuivie, enrichie d'une exploration dans différents secteurs non investigués, santé mentale, chirurgie, services de SSR... et complétée idéalement par des entretiens d'auto-confrontation vidéo de séquences de soins qui pourraient être réalisés dans le cadre d'un dispositif d'apprentissage par la simulation, afin de contourner la difficulté d'introduire une caméra dans l'intimité des soins. L'objectif serait de répondre à un besoin d'identifier des concepts pragmatiques et d'objectiver l'intérêt de l'analyse de l'activité dans l'intégration des connaissances en formation professionnelle, notamment dans le domaine de la SP.

Notre enquête a montré la transversalité de la SP dans l'activité des IDE exerçant dans les soins généraux et des situations potentielles de développement pour l'apprentissage de la SP ont été identifiées dans tous les secteurs d'activité. Les savoirs théoriques de SP peuvent y être mobilisés à condition d'analyser les situations sous l'angle de leurs caractéristiques agissantes, notamment aux échelles macro et méso sociales. Par ailleurs, la structure conceptuelle des situations fait apparaître 3 classes : la prévention, l'éducation et la promotion de la santé et les concepts qui les organisent balayent assez largement les savoirs à enseigner prescrits par le référentiel.

Des résultats qui invitent à repenser la SP dans la transversalité de la formation infirmière

Au sein de notre IFSI, nous avons déjà amorcé une réingénierie des enseignements de SP qui doit encore être poursuivie, mais dans une perspective de cohérence globale, cette transversalité doit aussi être matérialisée dans la continuité des autres UE et du projet pédagogique du centre de formation. En effet, le développement d'un esprit SP ne saurait se cantonner à l'appropriation de quelques concepts circonscrits à une ou deux UE, mais nécessite au contraire le développement d'une posture réflexive qui interroge la dimension publique de l'intervention soignante et de la profession, quels que soient les domaines d'activité et tout au long de la formation, dans toutes les UE et en stage. Ainsi, outre les aménagements des stages cliniques dont nous avons discuté plus haut, et à l'instar des UE portant sur les soins éducatifs (UE 4.6), il s'agira aussi de visibiliser la SP et l'ES dans toute la formation théorique : dans les UE portant sur les processus pathologiques (UE 2.4 à 2.9), en particulier les processus psychopathologiques, il s'agira, par exemple, de montrer les liens entre l'épidémiologie, l'ES et la prévention des maladies évitables et de leurs complications. Au niveau des UE qui concernent l'apprentissage du raisonnement clinique et du projet de soins (UE 3.1 et 3.2), il s'agira, entre autres, d'intégrer l'analyse tri-dimensionnelle au schéma traditionnel centré sur

la personne soignée et, au niveau des UE se rapportant à la coordination et à la collaboration interprofessionnelle (UE 3.3), il s'agira notamment de montrer la dimension éthique d'une réflexion sur l'efficacité des soins et son rapport avec l'interprofessionnalité.

D'autres UE peuvent être « retravaillées » dans une perspective de SP : les UE portant sur la qualité et la gestion des risques (efficacité des soins, prévention des risques, politiques de certification et de contrôle...), sur les soins d'urgence ou les techniques de soins (organisation, formation, efficacité des soins et ES), sur la législation, ou l'encadrement...

En particulier, il nous paraît nécessaire de (re)penser la didactisation de la SP dans la construction des UE intégratives (UE 5.1 à 5.6), et au niveau des UE en lien avec la recherche (UE 3.4) : proposer et soumettre à analyse des articles de recherche portant sur la SP et des problèmes de SP prévalents en France et dans le monde, encourager les thématiques portant sur la SP et la prévention pour les mémoires de fin d'études... « *C'est plus largement toute la formation dans le secteur médical et paramédical qui est aujourd'hui confrontée au défi qui consiste à former de futurs professionnels de santé non seulement compétents sur le plan technique, mais aussi capables d'adopter une attitude d'enquête en situation d'action* » (Thievenaz, 2021, p.382). Au sens de Dewey, la théorie de l'enquête soutient « *que les humains apprennent et transforment leurs habitudes d'activités à l'occasion de la rencontre avec des situations perturbées nécessitant l'engagement dans une démarche consciente, réflexive et problématisante nommée « enquête »* » (Thievenaz, 2018 [13]). Hasard, biais pédagogique ou conséquence positive des aménagements apportés aux enseignements en lien avec la SP et les soins éducatifs ou du contexte post-pandémique, les 3 TMFE que nous guidons cette année portent sur la prévention : bonnes pratiques d'ergonomie et prévention des troubles musculosquelettiques chez les soignants, intervention du patient expert dans la prévention primaire des maladies coronariennes et éducation à la santé en matière de maladies sexuellement transmissibles. Un constat, s'il n'est pas objectivable dans l'immédiat, qui montre néanmoins que des situations à orientation SP peuvent questionner les ESI et faire l'objet d'un travail d'initiation à la recherche, au même titre que les thématiques plus traditionnelles comme la relation de soins ou la gestion des émotions. Dans la transversalité de la formation, des journées d'études thématiques et interprofessionnelles pourraient enfin être organisées, afin de favoriser des échanges et l'analyse interdisciplinaire des problèmes de SP.

Notre enquête a également mis en évidence une appropriation partielle de la logique pédagogique sous tendue par le programme de formation : son fonctionnement et sa finalité ne sont pas toujours compris des IDE, particulièrement pour ceux formés selon un autre paradigme, et un écart entre la formation théorique et pratique est encore parfois dénoncé.

Il nous semble donc nécessaire de créer davantage d'occasions de rencontres avec le terrain et de construire les projets d'enseignement de chaque UE avec les partenaires cliniques. Cela permettrait de leur faire connaître, voire de fixer avec eux les objectifs d'apprentissage, en termes de savoirs et savoirs faire et les contenus associés, pour leur permettre de les mobiliser dans leur encadrement de manière plus ciblée, et de mieux comprendre le principe de l'évaluation par les compétences.

Toutes ces évolutions supposent la mobilisation de tous les acteurs de la formation académique et clinique, et la construction d'un projet pédagogique réfléchi et porté par tous, c'est-à-dire une prise de position collégiale en faveur de la valeur prioritaire de la SP. Quels sont les freins à envisager et peut-on les éviter ou réduire leurs impacts ? À quelles résistances faut-il s'attendre et comment les anticiper ? Au sein de notre IFSI, de petite taille, l'équipe pédagogique est restreinte, et les formateurs sont, chacun, responsables d'un grand nombre d'UE (une vingtaine en moyenne pour un formateur à temps plein et réparties sur les 3 années de formation), aussi il nous a été assez aisé d'élargir notre questionnement didactique à d'autres UE et à associer certains de nos collègues à notre cheminement, mais qu'en est-il dans les IFSI de grande taille où la répartition de la responsabilité des UE est davantage cloisonnée par domaines d'expertise et concentrée sur 2 ou 3 UE seulement ? Comment accompagner un changement dont l'utilité reste encore à démontrer et qui ne fait donc pas forcément norme au sein des équipes ? Nos intentions requièrent également du temps dans un contexte où il fait de plus en plus défaut et où il faut, tout à la fois, mettre en œuvre de nouvelles politiques (démarche qualité, nouveaux référentiels de formation AS et bientôt IDE, formation à la santé numérique, augmentation des quotas...), faire face aux problèmes de recrutement de formateurs formés, en consacrant, notamment, davantage de temps au tutorat, et analyser sa pratique dans une perspective d'amélioration et d'innovation. Les politiques de santé donneront-elles aux dispositifs de formation des professionnels de la santé les moyens de mettre en œuvre les changements nécessaires qu'elles encouragent ? Quelle place aura la SP et la formation en éducation à la santé dans la nouvelle réforme nécessaire et attendue ? En effet, il est nécessaire de « *s'appuyer sur les infirmiers pour « poursuivre les transformations en profondeur » du système de santé et ainsi mieux mobiliser leur expertise tout en procédant à une « révision en profondeur de leur formation »* (IGAS & IGESR, 2022, p.3).

Des résultats qui invitent à développer et à croiser la recherche en SP, en sciences de l'éducation et de la formation et en sciences infirmières

L'activité de SP des IDE de soins généraux a fait l'objet de très peu de travaux scientifiques. Nos observations ont montré l'absence de mobilisation de la compétence 8 : « *rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques* » dans l'activité des IDE enquêtés et même si le choix d'observer des séquences de travail quotidien dans les soins généraux explique en grande partie l'absence d'activités en lien avec la recherche, on peut tout de même interroger la valeur réelle accordée à cette compétence et aux activités de recherche au sein de l'institution de la santé en général : formation des professionnels, employeurs, pouvoirs publics... Dans les conclusions du *Ségur de la Santé* de 2020, la mesure 46 propose de *soutenir et dynamiser la recherche en santé* en renforçant le budget qui y est alloué, afin de *relancer une dynamique forte pour la recherche appliquée en santé* ; la SP et les questions qu'elle pose en cette période de crise sanitaire et sociale peut-elle représenter une opportunité pour développer et promouvoir la recherche en sciences infirmières et pour valoriser le rôle propre infirmier et formaliser des savoirs professionnels ? Comment impulser une dynamique scientifique dans la formation infirmière et motiver les équipes de soin à construire des projets de recherche portant sur leur activité ? Comment montrer aux ESI l'ancrage pratique de la recherche si les IDE qui les encadrent en stage n'ont pas d'activités de recherche dans leur quotidien professionnel ?

Autant de questions qui soulèvent, dans le même mouvement, celles de la formation à la recherche des cadres de santé formateurs et de la reconnaissance du temps de recherche dans leurs activités d'enseignement. Si certains dispositifs d'aide au financement de doctorats pour les formateurs en santé, et dont nous avons nous-même bénéficié, ont commencé à émerger dans la dynamique de l'universitarisation de 2018 et de la création de la section 92 au CNU, les postes d'enseignants chercheurs sont à ce jour très peu nombreux, et rémunérés, lorsqu'ils existent, bien en dessous des grilles cadres de la fonction publique hospitalière. La mesure 5 du *Ségur de la santé* annonçait la création de 250 postes d'enseignants universitaires associés et titulaires pour des praticiens exerçant en ville comme à l'hôpital et le rapport IGAS de 2022 concernant l'évolution de la profession et de la formation infirmière se positionne en faveur d'une évolution vers la bi-appartenance universitaire et clinique, dont les contours restent encore à définir.

Enfin, concernant la promotion de la recherche, à fortiori en SP, quel pourrait-être le rôle des infirmiers de pratique avancée et comment accompagner la construction de projets de recherche en pratiques avancées qui relèvent véritablement des sciences infirmières au sein d'une nouvelle

profession qui peine encore à trouver sa place auprès des médecins et à s'implanter ? La recherche n'est-elle pas justement l'occasion de ne pas rater cette rencontre entre le soin et la SP, comme cela avait été le cas pour les officiers de santé ? Une opportunité de démontrer la plus-value soignante dans les problématiques de santé, et notamment celles en lien avec la prévention, la promotion de la santé et l'éducation ?

Une recherche qui s'achève dans un contexte sanitaire et social où la profession infirmière doit impérativement évoluer pour s'adapter aux nouveaux problèmes de SP.

En soulignant la fragilité de notre système de santé, la crise sanitaire associée à la covid-19 et concomitante de notre travail de recherche, a amorcé un processus de reconstruction du système de santé, matérialisé notamment par le lancement en octobre 2022 du volet santé du Conseil National de la Refondation (CNR) ; « *Le Covid a montré que la santé n'est pas simplement une politique publique parmi d'autres, mais qu'elle permet en quelque sorte toutes les autres* » (Macron, 2023, p.2). En mai 2022, le ministère des solidarités et de la santé est divisé en 2 entités séparées dont le ministère de la santé et de la prévention et les réflexions actuelles autour de l'évolution nécessaire de la formation infirmière vont vers un élargissement des compétences infirmières dans le domaine de la prévention et de la coordination des parcours de soins et de prévention. La situation « *appelle au développement de missions plus globales comme la coordination du parcours ou la prévention, pour lesquelles les infirmiers jouent d'ores et déjà un rôle important* » (IGAS & IGESR, 2022, p.5). Si le décret d'actes est remis en cause en faveur d'une définition du métier plus globale, qui s'articulerait autour de grandes missions et conférerait, dès lors, aux infirmiers davantage d'autonomie, la réflexion autour des nouvelles compétences infirmières et de l'élargissement de leurs champs d'actions (renouvellement de prescription, consultations infirmières, coordinations des soins de proximité, protocoles de coopérations...), n'en est encore qu'à ses débuts, mais devra nécessairement intégrer les questions didactiques qu'elles posent.

De même, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 renforce le virage pris pour davantage de prévention, avec plusieurs mesures notamment la mise en place de rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans) dès 2023 ; en quoi les IDE peuvent-ils être associés à ce projet et quelle formation ? Comment matérialiser la SP dans ces nouvelles politiques de santé ? Comment la réforme des études infirmières en cours de réflexion appréhendera-t-elle le développement d'un état d'esprit SP pour répondre aux enjeux et défis du futur et continuer de tenir la promesse d'une santé optimale pour tous ?

Alors que nous achevons ce travail, la proposition de loi Rist, relative à l'amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, vient tout juste d'être adoptée par le Sénat, alors qu'elle avait été amendée par la commission sénatoriale des affaires sociales au début du mois de février 2023, dans un contexte de forte protestation médicale. Si elle ouvre de nouvelles perspectives pour les IPA, notamment l'accès direct sans passer par un médecin et la primo prescription, elle augure également des changements en profondeur pour les IDE et les professionnels de la santé en général. « *On est en train de refonder vraiment le système de santé* » (Parvais, 2023). Pour l'ONI, il s'agit d'une « *évolution majeure* » qui constitue « *le premier étage d'une réforme ambitieuse de notre système de santé* » (ONI, 2023a). Il faudra encore quelques temps et quelques luttes probablement, pour que des décrets viennent l'opérationnaliser, et d'autres propositions viendront la compléter ; très en attente notamment, la révision du décret de compétence IDE et dans son prolongement, le chantier de la réforme des études infirmières. La fin de ce travail n'est donc que celle d'une étape, et le début d'une autre, mais le système a démarré sa mutation et notre réflexion devra se poursuivre dans un contexte, à la fois incertain et attrayant de changement.

Références bibliographiques

- Abed, N. M.-A. (2011). Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis ? Cas de l'infirmière dans une haute école de sante (HES). Suisse. *Recherche en soins infirmiers*, N° 106(3), 120-129.
- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, 1, 161-181.
- Acker, F. (2008). Infirmières : Des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 93(2), 61-67.
- Aït Abdelmalek, A. (2022). La pandémie, un fait social complexe. *Le Journal des psychologues*, 400(8), 24-28. <https://doi.org/10.3917/jdp.400.0024>
- Alla, F., & Silva, G. B. D. (2013). Pour une culture partagée de la promotion de la santé et des soins. *Sante Publique*, Vol. 25(1), Art. 1.
- Alliot, L., Marc, M. L., & Lafon, J.-C. (2005). Perceptions des rapports intra-et inter-catégoriels à l'hôpital : Une représentation en mouvement ? *Bulletin de psychologie*, Numéro 476(2), 221-232.
- Ardoino, J. (2000). Approche multiréférentielle. Dans ;,J. Ardoino: *Les avatars de l'Education: Problématiques et notions en devenir*, 254-260.Puf
- Aromatario, O. (2004). Infirmière de santé publique : Une approche différente de l'homme et de sa santé. *Santé Publique*, Vol. 16(2), Art. 2.
- ARS Occitanie. (2019). *Le bilan d'une année de mise en œuvre et les perspectives pour la nouvelle année universitaire*. <http://www.occitanie.ars.sante.fr/le-bilan-dune-annee-de-mise-en-oeuvre-et-les-perspectives-pour-la-nouvelle-annee-universitaire>
- Askenazy, P., Dormont, B., Geoffard, P.-Y., & Paris, V. (2013). Pour un système de santé plus efficace. *Notes du conseil danalyse economique*, n° 8(8), 1-12.

- Asloum, N., Veyrac, H., Murillo, A., & Blanc, J. (2022). La conception de vidéoformation pour les
provisseurs adjoints dans une approche collaborative inscrite dans un LéA. *Éducation et
didactique*, 16-1, Art. 16-1. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.9754>
- Astier, P. (2008). Regard sur la didactique professionnelle. *Travail et Apprentissages*, 1(1), 101-112.
<https://doi.org/10.3917/ta.001.0101>
- Atlani-Duault, L., & Vidal, L. (2013). Le moment de la santé globale. *Revue Tiers Monde*, n°215(3), Art.
3.
- Avril, C., & Vacca, I. R. (2020). Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale
du travail. *Travail, genre et sociétés*, n° 43(1), 85-102.
- Balard, F., & Corvol, A. (2020). Covid et personnes âgées : Liaisons dangereuses. *Gérontologie et
société*, 42 / 162(2), 9-16. <https://doi.org/10.3917/g1.162.0009>
- Barbieri, M. (2020). Mortalité par Covid-19 : Inégalités ethno-raciales aux États-Unis. *De facto*, 19.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02636213>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
- Barlet, M., & Cavillon, M. (2011). *La profession d'infirmière : Situation démographique et trajectoires
professionnelles—Ministère des Solidarités et de la Santé*. [https://drees.solidarites-
sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-profession-d-
infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-profession-d-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires)
- Batifoulier, P., & Da Silva, N. (2021). L'économie encadrée dans la santé. Introduction au dossier.
Revue Française de Socio-Économie, 26(1), 13-26. <https://doi.org/10.3917/rfse.026.0013>
- Benhamou-Levillain, K. (2004). Infirmières de santé publique : Un métier en travaux. *Santé Publique*,
Vol. 16(2), Art. 2.
- Bérard, A. (2007). Les médecins spécialistes de santé publique. *Santé Publique*, Vol. 19(hs), 53-60.
- Berger, D., Nekaa, M., & Courty, P. (2009). Infirmiers scolaires : Représentations et pratiques
d'éducation à la santé. *Santé Publique*, Vol. 21(6), 641-657.

- Bessière, S. (2005). La féminisation des professions de santé en France : Données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 17. <https://doi.org/10.3917/rfas.051.0017>
- Bettcher, D. W., Sapirie, S. A., & Goon, E. H. (1998). Essential public health functions : Results of the international Delphi study. *World health statistics quarterly (Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales 1998; 51 (1): 44-54)*.
- Biro, P., Dervaux, M. P., & Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, N° 80(1), 28-38.
- Bouchard Cordier, S. (2021). L'appropriation par certaines théoriciennes de la discipline infirmière du savoir sur les systèmes complexes : Un enjeu disciplinaire méconnu. *Recherche en soins infirmiers*, 144(1), 22-33. <https://doi.org/10.3917/rsi.144.0022>
- Bouffartigue, P., & Bouteiller, J. (2006). Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, 4, Art. 4. <https://doi.org/10.4000/temporalites.334>
- Bourdillon, F., Brücker, G., Tabuteau, D., & Ménard, J. P. (2016). *Traité de santé publique*. Lavoisier Médecine Sciences.
- Bourgueil, Y. (2014). Les parcours : Promesse d'efficacité et d'équité? *adsp n° 88 Parcours de santé : enjeux et perspectives*, 21-23. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=145>
- Bouvier-Müh, C. (2022). Introduction : De l'évidence à l'effraction du quotidien : vivre et pe(a)nser la vie quotidienne avec autrui, en période de pandémie. *Revue CONFLUENCE Sciences & Humanités*, 1, 11-27. <https://doi.org/10/document>
- Braun, F. (2023). *Conclusion de la journée de lancement du Conseil national de la refondation (CNR) en santé—3 octobre 2022*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/conclusion-de-la-journee-de-lancement-du-conseil-national-de-la-refondation-cnr>

- Brocq, E. (2021). Impacts psychologiques de la pandémie COVID-19 et des mesures barrières : La question des soignants. *Médecine De Catastrophe, Urgences Collectives*, 5(3), 215-217.
<https://doi.org/10.1016/j.pxur.2021.03.004>
- Broutelle, A.-C. (2009). Infirmière : Une profession problématique. *Regards croisés sur l'économie*, 5(1), 178-180. <https://doi.org/10.3917/rce.005.0178>
- Brun, S., & Simon, P. (2020). L'invisibilité des minorités dans les chiffres du Coronavirus : Le détour par la Seine-Saint-Denis. *De facto*, 19, 68-78.
- Bungener, M. (2008). Un défi multiforme et actuel pour la profession infirmière et une recherche en soins infirmiers en France : S'inscrire dans le processus en cours de mutation de la recherche en santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 93(2), 127-128.
- Busi, A., Boussat, B., Rigaud, M., Guyomard, A., Seigneurin, A., & François, P. (2020). Bilan du service sanitaire 2018-2019 de l'Université Grenoble Alpes, inter-filière médecine, pharmacie, maïeutique, kinésithérapie. *Sante Publique*, Vol. 32(2), 149-159.
- Calbéra, J.-B. (2003). La profession infirmière. *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA*, no 79(3), 55-57.
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12e édition). Puf.
- Cannasse, S. (2020). *COVID-19 : Un révélateur des faiblesses de notre système de santé*. COVID-19 : un révélateur des faiblesses de notre système de santé | Univadis.
<https://www.univadis.fr/viewarticle/covid-19-un-revelateur-des-faiblesses-de-notre-systeme-de-sante-720413>
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 95(4), 37-45.
- CCNE. (2021). *Avis 137 Éthique et santé publique | Comité Consultatif National d'Éthique*.
<https://www.ccne-ethique.fr/node/398?taxo=0>
- Chastel, C. (2010). Une brève histoire de la médecine. In *La Santé* (p. 11-21). Éditions Sciences Humaines. <https://www.cairn.info/la-sante--9782912601933-page-11.htm>

- Chauvin, F. (2022). *Dessiner la santé publique de demain*. Ministère de la Santé et de la Prévention.
<https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/dessiner-la-sante-publique-de-demain>
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 1(1), 165-177.
- Clot, Y. (2013). L'aspiration au travail bien fait. *Le journal de l'école de Paris du management*, 99(1), 23-28. <https://doi.org/10.3917/jepam.099.0023>
- Clot, Y. (2015). Théorie en clinique de l'activité. In Y. Clot, D. Faïta, & B. D. *Interpréter l'agir : Un défi théorique*. Presses universitaires de France.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : Une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2-1, Art. 2-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.3833>
- Colin, C., Gendron, S., Gérald-Pointel, G., & Deschamps, J.-P. (2004). Infirmières et santé publique...
 ...infirmières de santé publique. *Sante Publique*, Vol. 16(2), Art. 2.
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie*. InterEditions : Masson.
- Collière, M.-F. (1990). L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers (note de recherche).
Anthropologie et Sociétés, 14(1), 115-123. <https://doi.org/10.7202/015115ar>
- Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable. (2021). *À la lumière de la pandémie. Une nouvelle stratégie en faveur de la santé et du développement durable*.
<https://www.who.int/europe/fr/emergencies/situations/syria-crisis/drawing-light-from-the-pandemic--a-new-strategy-for-health-and-sustainable-development>
- Coudray, M.-A., Gay, C., & Berland, Y. (2009). *Le défi des compétences comprendre et mettre en oeuvre la réforme des études infirmières*. Elsevier Masson.
- Coutures, A. (2020). *1 million de morts du Covid dans le monde : Un cap symbolique mais à mettre en perspective*. Le HuffPost. <https://www.huffingtonpost.fr/entry/le-covid-19-aura-bientot-fait->

un-million-de-morts-la-mortalite-par-rapport-aux-autres-
epidemies_fr_5f6e1cdb5b61af20e751dbc

Cristofalo, P., & Dariel, O. (2021). Travail en équipe et autonomie collective : Une expérience dans les soins infirmiers à domicile. *Santé Publique*, 33(4), 527-536.

<https://doi.org/10.3917/spub.214.0527>

Dallaire, C. (2015). La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en soins infirmiers*, N° 121(2), 18-27.

Damon, J. (2020). Des inégalités déconfinées par le coronavirus. *Futuribles*, 437(4), 53-59.

<https://doi.org/10.3917/futur.437.0053>

D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.

<https://doi.org/10.7202/038041ar>

Davezies, P. (2010). Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services inter-entreprises de santé au travail. *Revue du Journal des Professionnels de Santé au Travail*, N°5.

http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Insertion_des_infirmieres_2010.pdf

De Labrusse, L., & Al. (2012). L'équipe médicale relevant du code de la santé publique dans les services de santé au travail. Lien du pôle médical avec le pôle pluridisciplinaire. *Les cahiers SMT*, N°26. <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-26/26-23-equ-med-pluridisciplinaire.pdf>

Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers : Réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, N° 93(2), 72-82.

Delteil, S. (2022). La fabrication du doute dans le cadre de la pandémie de Covid-19. *Études*, novembre(11), 41-50. <https://doi.org/10.3917/etu.4298.0041>

Demeulemeester, R. (2013). En France, l'éducation pour la santé marque le pas. Cause ou conséquence d'un sous-investissement politique ? *Santé Publique*, S2(HS2), 93-99.

- Denis, F., & Rusch, E. (2022). Lettre ouverte au président de la République : Plaidoyer pour la santé publique. *Santé Publique*, 34(2), 165-167. <https://doi.org/10.3917/spub.222.0165>
- Deschamps, J.-P. (2003). Une « relecture » de la charte d'Ottawa. *Sante Publique*, Vol. 15(3), Art. 3.
- Desforges, F. (2001). Histoire et philosophie : Une analyse de la notion de santé. *Histoire, Économie et Société*, 20(3), Art. 3.
- Diebolt, É. (2012). Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, N° 109(2), 93-107.
- Diebolt, É. (2013). Prémices de la profession infirmière : De la complémentarité entre soignantes laïques et religieuses hospitalières XVIIe - XVIIIe siècle en France. *Recherche en soins infirmiers*, N° 113(2), 6-18.
- Dozon, J.-P., & Fassin, D. (Éds.). (2001). *Critique de la santé publique : Une approche anthropologique*. Éditions Balland.
- DREES. (2017). *L'état de santé de la population en France—RAPPORT 2017—Ministère des Solidarités et de la Santé*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
- DREES. (2019). *Les dépenses de santé en 2018—Résultats des comptes de la santé—Édition 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante>
- DREES. (2021). *Médecins en maisons de santé pluriprofessionnelle : Des revenus en hausse et des effets prometteurs pour l'accès aux soins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/medecins-en-maisons-de-sante-pluriprofessionnelle-des-revenus-en-hausse>
- Dubost, C.-L., Pollak, C., & Rey, S. (2020). *Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19*. DREES
- Dubois Fresney, C., & Perrin, G. (2017). *Le métier d'infirmière en France*. Puf.

- Durrive, L. (2010). L'activité humaine, à la fois intellectuelle et vitale. Les éclairages complémentaires de Pierre Pastré et d'Yves Schwartz. *Travail et Apprentissages*, 6(2), 25-45.
<https://doi.org/10.3917/ta.006.0025>
- Durrive, L. (2013). Comment approcher une situation de travail en formation dans une perspective ergologique ? *Ergologia*, numéro 10, 131-141.
- Durrive, L. (2014). La démarche ergologique : Pour un dialogue entre normes et renormalisations. *Ergologia*, numéro 11. <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-02007350>
- Durrive, L. (2018). Les différents usages de la notion de compétence en entreprise au regard du couple « adhérence-déshadérence » : Un exemple de l'apport conceptuel de l'approche ergologique. *Céreq Echanges*, 7. <https://www.cereq.fr/la-demarche-ergologique-une-contribution-originale-la-comprehension-des-relations-entre-la-formation-et-l-emploi>.
- Durrive, L. (2019). Les compétences transversales d'un point de vue ergologique. *Recherches en éducation*, 37, Art. 37. <https://doi.org/10.4000/ree.799>
- Durrive, L. (2020). Qualité et efficacité de la formation sous l'angle ergologique. *Éducation permanente*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02960763>
- Durrive, L. (2022). Une approche ergologique de l'observation du travail. *Éducation Permanente*, 230(1), 123-132. <https://doi.org/10.3917/edpe.230.0123>
- Efros, D., Noël Lemaître, C., & Bellières, L. (2015). Analyser l'activité pour comprendre le travail. *Assises du CEPERC*. <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01291595>
- Étienne, R., & Fumat, Y. (2014). *Comment analyser les pratiques éducatives pour se former et agir ? Formateurs, enseignement, santé, social*. De Boeck.
- Eyland, I., & Jean, A. (2016). Exercice et apprentissage du métier d'infirmier : À la recherche du Care. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 40, Art. 40.
<https://doi.org/10.4000/edso.1552>
- Fassin, D. (2015). *Faire de la santé publique*. Presses de l'EHESP.

- Favetta, V., & Feuillebois-Martinez, B. (2011). « Prendre soin et formation infirmière ». *Recherche en soins infirmiers*, N° 107(4), 60-75.
- Feroni, I., & Kober, 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>
- Filliettaz, L. (2022). La plasticité des rapports aux terrains en formation professionnelle. *Éducation Permanente*, 230(1), 109-121. <https://doi.org/10.3917/edpe.230.0109>
- Forbes. (2021). Covid-19 : Comment les personnes handicapées vivent-elles la pandémie ? *Forbes France*. <https://www.forbes.fr/societe/adr-covid-19-comment-les-personnes-handicapees-vivent-elles-la-pandemie/>
- Formarier, M. (2010). Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui. *Recherche en soins infirmiers*, N° 100(1), 111-114.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Presses universitaires de France.
- Fourrel, D., Segondi, A., Delaunay, M., & Gallego, C. (2021). États d'âme en réanimation COVID-19 : Des émotions aux devoirs moraux des acteurs du soin. *Éthique & Santé*, 18(4), 217-223. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2021.08.002>
- Fournier, C., Bourgeois, I., & Naiditch, M. (2018). Asalée (Action de santé libérale en équipe) : Un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé*, 232. https://www.researchgate.net/profile/Cecile-Fournier/publication/325962136_Asalee_Action_de_sante_liberale_en_equipe_un_espace_de_transformation_des_pratiques_en_soins_primaires/links/5b300d9faca2720785e3a85e/A-salee-Action-de-sante-liberale-en-equipe-un-espace-de-transformation-des-pratiques-en-soins-primaires.pdf
- Franck, N., & Zante, É. (2021). La santé mentale à l'épreuve du confinement. Impact du confinement sur la santé mentale des Français. *Pratiques en santé mentale*, 67e année(1), 6-13. <https://doi.org/10.3917/psm.211.0006>

- Gandon, L., & Hardy-Massard, S. (2019). Modification des représentations sociales des métiers d'infirmier et d'animateur socioculturel chez des étudiants grâce à une action de santé publique menée en interdisciplinarité. *Pratiques Psychologiques*, 25(1), 79-100.
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.06.002>
- Gardin, B., & Grosjean, M. (2006). Et en plus elles diagnostiquent. La recatégorisation de la profession infirmière. *Synergies - (France)*, 5, 103-115.
- Garré. (2015). *Non, la France n'a plus le meilleur système de santé au monde, montre l'OCDE*. Le Quotidien du médecin. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/non-la-france-na-plus-le-meilleur-systeme-de-sante-au-monde-montre-locde>
- Gaudry-Muller, A. (2015). Le care dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel. *Recherche en soins infirmiers*, N° 122(3), 44-51.
- Gendron, B. (2020). Science en conscience, vers une écologie et économie de la bienveillance : Un essai réflexif. *Recherches & éducations*, HS, Art. HS.
<https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.10618>
- Gérauld-Pointel, G. (2004). La santé publique et les formations d'infirmières et cadres de santé. *Santé Publique*, Vol. 16(2), 373-382.
- Gravel, S., Doucet, H., Battaglini, A., Laudy, D., Bouthillier, M.-È., Boucheron, L., & Fournier, M. (2010). Éthique et santé publique : Quelle place pour l'autonomie ? *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 12, n° 1, Art. 12, n° 1.
<https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.176>
- Guimelli, C. (2001). La fonction d'infirmière, pratiques et représentations sociales. In J. Abric, *Pratiques sociales et représentations* (3e éd). Presses universitaires de France.
- Guimier, L. (2021). Les résistances françaises aux vaccinations : Continuité et ruptures à la lumière de la pandémie de Covid-19. *Hérodote*, 183(4), 227-250. <https://doi.org/10.3917/her.183.0227>
- Hardas, C. (2019). *Un premier bilan du service sanitaire des étudiants en santé*. Andep.
<http://www.andep.fr/un-premier-bilan-du-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante/>

- Hardy, A.-F., Eneau, J., & Nagels, M. (2014). Développement professionnel infirmier en promotion de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, N° 118(3), 75-84.
- HAS. (2018). *Éducation thérapeutique du patient (ETP) : Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques
- HCSP. (2014). Avis et rapports du Haut Conseil de la Santé Publique. *adsp n° 88 Parcours de santé : enjeux et perspectives*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=145>
- Henderson, V. (1964). The Nature of Nursing. *The American Journal of Nursing*, 64(8), 62-68. <https://doi.org/10.2307/3419278>
- Herzlich, C., & Moscovici, S. P. (1969). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Éd. de l'École des Hautes études en sciences sociales.
- Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante* (2. ed). Masson.
- Hesbeen, W. (2014). Pour une éthique du quotidien des soins. *Cancer(s) et psy(s)*, n° 1(1), 173-177.
- Heyden, I., Noël, S., Tancredi, A., Gosset, C., & Beckers, J. (2011). Services de soins à domicile en Belgique : Inventaire des activités de soin, d'aide et d'éducation chez les infirmières et les aides-soignantes. *Recherche en soins infirmiers*, N° 106(3), 75-75.
- Higounenc & Lattes. (2014). Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 Juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés. In Dalloz, *Droit Social*,. hal-02555629. http://publications.ut-capitole.fr/34679/1/Lattes_34679.pdf
- Houtaud, A. d'. (1999). *La santé à travers les sciences humaines et sociales : Approche linguistique et sociologique*. Masson.
- IGAS, & IGESR. (2022). *Évolution de la profession et de la formation infirmières*. [igas.gouv.fr](https://www.igas.gouv.fr). <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article874>

- INRS. (2009). L'exercice infirmier en santé au travail. Résultats d'une enquête par questionnaire— Article de revue—INRS. *Documents pour le médecin du travail*, N°118.
<https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20181>
- Insee. (2023). *Décès – Mortalité – Espérance de vie—France—TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE*. https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/23_DME
- Jaeger, M. (2022). Chapitre 19. L'impact de la crise sanitaire sur les personnes vulnérables et la relation d'aide. In *Crise de la connaissance et connaissance de la crise* (p. 196-206). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cappe.2022.01.0196>
- Jeamet, A. (2022). Déposséder les soignants pour « reconstruire » l'hôpital public ? Une analyse d'économie politique. *Économie et institutions*, 30-31, Art. 30-31.
<https://doi.org/10.4000/ei.7318>
- Jodelet, D. (2006). Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1(1), 219-239.
<https://doi.org/10.3917/nrp.001.0219>
- Jovic, L. (2012). Pratique avancée. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 238-242). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0238>
- Jovic, L., Lecordier, D., Poisson, M., Vigil-Ripoche, M.-A., Delon, B., Mottaz, A.-M., Bourkia, D., Joutard, T., & Tenza, M. (2014). L'enseignement des sciences infirmières en France : Contenus et stratégies. *Recherche en soins infirmiers*, 119(4), 8-40.
<https://doi.org/10.3917/rsi.119.0008>
- Kaci, C., Crozet, C., Gillard-Berthod, C., Rooj, G. V., & Marchand, C. (2018). La formation en éducation thérapeutique « niveau 1 » des étudiants en soins infirmiers : Étude de cas. *Recherche en soins infirmiers*, N° 133(2), 70-84.
- Klein, A. (2014). Au-delà du masque de l'expert. Réflexions sur les ambitions, enjeux et limites de l'Éducation Thérapeutique du Patient. *Rééducation orthophonique*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01228239>
- Knibiehler, Y., & Hess, O. (2011). *Histoire des infirmières : En France au XXe siècle* (Pluriel).

- Lafrenière, S. (2004). Promouvoir la santé des aînés : Une question de conception. *Santé Publique*, 16(2), 303-312. <https://doi.org/10.3917/spub.042.0303>
- Lamoureux, P. (2009). Économie de la prévention. In *Traité d'économie et de gestion de la santé* (p. 139-152). Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/traite-d-economie-et-de-gestion-de-la-sante--9782724611144-page-139.htm?contenu=resume>
- Laplantine, F. (2003). 13. Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : De quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne. In *Les représentations sociales: Vol. 7e éd.* (p. 295-318). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-page-295.htm>
- Le Boterf, G. (2010). *Repenser la compétence : Pour dépasser les idées reçues*. Eyrolles : Ed. de l'organisation.
- Lecocq, D., Mengal, Y., & Pirson, M. (2015). Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? *Santé Publique*, S1(HS), 105-110. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0105>
- Legatum Institute. (2020). *The Legatum Prosperity Index 2020*. Legatum Prosperity Index 2020. <https://www.prosperity.com/rankings>
- Leplat, J. (2004). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie : Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Octares Editions.
- Leroux-Hugon, V. (1987). L'infirmière au début du XXe siècle : Nouveau métier et tâches traditionnelles. *Le Mouvement social*, 140, 55-68. <https://doi.org/10.2307/3778676>
- Lert, F. (1996). Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 14(3), 103-115. <https://doi.org/10.3406/sosan.1996.1370>

- Llambrich, C., & Pouteau, C. (2017). Les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 44, Art. 44.
<https://doi.org/10.4000/edso.2116>
- Longchamp, P. (2014). Ce qu'écouter veut dire. Les infirmières scolaires face à la parole enfantine. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 8, Art. 8. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1276>
- Losego, P. (2015). *La méthode du job-shadowing : De la formation professionnelle à la recherche*. <https://orfee.hepl.ch/handle/20.500.12162/407>
- Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., & Mousquès, J. (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Revue d'économie politique*, Vol. 129(4), 489-524.
- Macron, E. (2023). *Le président de la République annonce une série de mesures pour donner une nouvelle impulsion à notre système de santé*. Ministère de la Santé et de la Prévention.
<https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/le-president-de-la-republique-annonce-une-serie-de-mesures>.
- Mailhot, T., Cossette, S., & Alderson, M. (2013). Une analyse évolutionniste du concept d'autosoins. *Recherche en soins infirmiers*, 112(1), 94-106. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0094>
- Massé, R. (2001). La santé publique comme projet social et projet individuel. Systèmes et politiques de santé. *De la Santé Publique À l'Anthropologie*, 41-66.
- Matheron, G., & Michel, A. (1998). Activité soignante : Éthique et savoirs pertinents. In Y. Schwartz, *Reconnaitances du travail* (p. 255-273). Presses Universitaires de France.
<https://www.cairn.info/reconnaitances-du-travail--9782130486930-page-255.htm>
- Mayen, P. (2007). Passer du principe d'alternance à l'usage de l'expérience en situation de travail comme moyen de formation et de professionnalisation. In *Alternances en formation* (p. 83-100). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/alternances-en-formation--9782804155278-page-83.htm>

- Mayen, P. (2012). Les situations professionnelles : Un point de vue de didactique professionnelle. *Phronesis*, 1(1), 59-67. <https://doi.org/10.7202/1006484ar>
- Mayen, P. (2014). Lever quelques embarras et incertitudes de méthode en didactique professionnelle. *Travail et Apprentissages*, 13(1), 118-138. <https://doi.org/10.3917/ta.013.0118>
- Mayen, P. (2022). En route pour le terrain. *Éducation permanente*, 230, 91-108. <https://doi.org/10.3917/edpe.230.0091>
- Mayen, P., Métral, J.-F., & Tourmen, C. (2010). Les situations de travail. Références pour les référentiels. *Recherche et formation*, 64, Art. 64. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.191>
- Mayen, P., & Olry, P. (2012). Expérience du travail et développement pour de jeunes adultes en formation professionnelle. *Recherche et formation*, 70, Art. 70. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1872>
- Mayen, P., & Savoyant, A. (2002). Formation et prescription : Une réflexion de didactique professionnelle. *Aix-En-Provence: Actes du XXXVIIe Congrès du SELF*, 225-231.
- McDonald, S. (2005). Studying actions in context : A qualitative shadowing method for organizational research. *Qualitative Research*, 5(4), 455-473. <https://doi.org/10.1177/1468794105056923>
- Meidani, A., Legrand, É., & Jacques, B. (2015). *La santé : Du public à l'intime*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.meida.2015.01>
- Mendes, J. M. (2020). Le néolibéralisme et l'étatisme autoritaire en temps de crise : La pandémie du Covid-19 et la force de la confiance et de la solidarité. *Recherches & éducations*, HS, Art. HS. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.9233>
- Mengin, A., Allé, M. C., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., Berna, F., Jardri, R., Vaiva, G., Geoffroy, P. A., Brunault, P., Thibaut, F., Chevance, A., & Giersch, A. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*, 46(3, Supplément), S43-S52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>

- Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *La stratégie nationale de santé 2018-2022*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
- Mintzberg, H., & Romelaer, P. (2006). *Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre* (2e éd. mise à jour et complétée). Éd. d'Organisation.
- Molinier, P. (2006). Le care : Ambivalences et indécences. *Sciences Humaines*, N°177(12), 3-3.
- Mordacq, C. (1977). *Pourquoi des infirmières?* Le Centurion.
- Morelle, A., & Tabuteau, D. (2017). *La santé publique*. Presses universitaires de France - Humensis.
- Mouchet, A. (2016). Comprendre l'activité en situation : Articuler l'action et la verbalisation de l'action. *Savoirs*, N° 40(1), 9-70.
- Mouret, M. (2022). Les relations sociales à l'épreuve de la crise sanitaire. *Le Journal des psychologues*, 400(8), 42-45. <https://doi.org/10.3917/jdp.400.0042>
- Moyal, A. (2020). L'exercice pluriprofessionnel en MSP : Une division du travail sous contrôle médical. *Revue française des affaires sociales*, 1, 103-123.
- Nekaa, M., & Berger, D. (2018). Les infirmières de l'Éducation nationale en France : Une étude mixte sur les pratiques en éducation et promotion de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, N° 135(4), 14-29.
- Numa-Bocage, L., & Bajolle, F. (2018). Éducation thérapeutique du jeune patient, domaine spécifique de l'ETP et évolution du métier d'infirmière. *Phronesis*, Vol. 7(2), 45-54.
- OCDE. (2020). *Panorama de la santé 2019*. Organization for economic. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5f5b6833-fr.pdf?expires=1617501777&id=id&accname=guest&checksum=E117D8714E29BFFB7F5373AE83AB4ACA>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2022). L'enquête qualitative et le point de vue des acteurs. *Éducation Permanente*, 230(1), 31-35. <https://doi.org/10.3917/edpe.230.0031>

- Olmer, F. (2009). La médecine dans l'Antiquité : Professionnels et pratiques. *Societes Representations*, n° 28(2), 153-172.
- OMS. (2003). *Economie de la santé. Principes d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales*. WHO; World Health Organization.
https://www.who.int/malaria/publications/atoz/who_htm_rbm_2003/fr/
- ONI. (2023a). *Conseil National—Proposition de loi Rist : Faciliter l'accès aux soins des patients, une évolution majeure soutenue par l'Ordre National des Infirmiers et le premier étage d'une réforme ambitieuse de notre système de santé*. <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/proposition-de-loi-rist-faciliter-lacces-aux-soins-des-patients-une-evolution-majeure-soutenue-par-lordre-national-des-infirmiers-et-le-premier-etage-dune-reforme-ambitieuse-de-notre-systeme-de-sante.html>
- ONI. (2023b). *Conseil National—Révision à la baisse, par la DREES, de la population infirmière exerçant en France : Réaction de l'Ordre National des Infirmiers*. <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/revision-a-la-baisse-par-la-drees-de-la-population-infirmiere-en.html>
- OPPBTP. (2013). La dimension économique de la prévention. *Dossier de presse*.
www.preventionbtp.fr
- Oris, M., & Neven, M. (1996). Santé et citoyenneté dans la Belgique contemporaine. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 16, 399-426.
- Osiek, F. (1998). Négocier la différence professionnelle et gérer la distance culturelle : Un double défi pour les infirmières scolaires. *Recherche & formation*, 28(1), 65-77.
<https://doi.org/10.3406/refor.1998.1498>
- Paps-Grand Est. (2019). *Impulsion du dispositif Asalee : Pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers*. <https://www.grand-est.paps.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins-0>

- Parent, F., Jouquan, J., & Azzi, A. (2017). L'éclairage des théories du conflit intergroupe pour penser et mettre en oeuvre l'interprofessionnalité en santé. In J. Jouquan, *Penser la formation des professionnels de la santé : Une perspective intégrative* (De Boeck).
<http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=http://international.scholarvox.com/book/88841245>
- Parrot, A. (1973). *L'image de l'infirmière dans la société*. Le Centurion.
- Parvais, A. (2023). *Loi Rist :« On est en train de refonder vraiment le système de santé »*.
 Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/actualite-sociale/loi-rist-est-en-train-de-refonder-vraiment-le-systeme-de-sante>
- Pastré, P. (1999). La conceptualisation dans l'action : Bilan et nouvelles perspectives. *Éducation permanente, n° 139*, 13-35.
- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie, 138*, 9-17.
- Pastré, P. (2011a). La didactique professionnelle. Un point de vue sur la formation et la professionnalisation. *Education sciences & society, 2(1)*, 83-95.
- Pastré, P. (2011b). Situation d'apprentissage et conceptualisation. *Recherches en éducation, 12*, 12-25.
- Pastré, P. (2015). *La didactique professionnelle : Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Presses universitaires de France.
- Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation, 154*, Art. 154. <https://doi.org/10.4000/rfp.157>
- Pelaccia, T., Tribby, E., Delplancq, H., Bartier, J.-C., Ammirati, C., Leman, C., Meyer, N., Brunstein, V., & Dupeyron, J.-P. (2009). Quels sont les déterminants de la motivation des étudiants et des professionnels de santé en formation aux gestes et soins d'urgence ? Étude comparative du profil motivationnel des étudiants en médecine, des chirurgiens-dentistes libéraux et des infirmiers hospitaliers. *Pédagogie Médicale, 10(2)*, 83-94.
<https://doi.org/10.1051/pmed/20090006>

- Peneff, J. (2005). La division du travail et la division des emplois. In *L'Hôpital en urgence* (p. 107-169). Éditions Métaillé. <https://www.cairn.info/l-hopital-en-urgence--9782864241157-p-107.htm>
- Perrenoud, P. (1999). Construire des compétences, tout un programme. *Vie pédagogique*, 112, 16-20.
- Phaneuf, M. (2006). *L'apprentissage/enseignement en milieu clinique*. <http://www.prendresoin.org/?p=794>
- Pialoux, G. (2020). *Nous n'étions pas prêts : Carnet de bord par temps de coronavirus*. Jean-Claude Lattès.
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : Un rapport social instable. *Revue française des affaires sociales*, 1, 83-100.
- Piel, E., & Roelandt, J.-L. (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale. *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA, no 72(4)*, 9-32.
- Piot, T. (2018). Le rôle déterminant et méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, Art. 39. <https://doi.org/10.4000/dse.2155>
- Pleyers, G. (2020). L'entraide et la solidarité comme réponses des mouvements sociaux à la pandémie. *Revue du MAUSS*, 56(2), 409-421. <https://doi.org/10.3917/rdm.056.0409>
- Poché, F. (1993). *L'homme et son langage : Introduction à la linguistique*. Vie ouvrière ; Chronique sociale.
- Poisson, M. (2008). Le pansement et la pensée : Splendeurs et misères du rôle propre. *Recherche en soins infirmiers, N° 93(2)*, 56-60.
- Pol, T. de S. (2009). Les inégalités sociales face à la santé en France. *Regards croisés sur l'économie*, n° 5(1), 65-70.
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers, N° 117(2)*, 33-49.

- Pommier, & Deschamps. (2004). *Les infirmières et la santé publique : Évolution des missions et des formations* | Cairn.info. https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-2-page-197.htm?try_download=1
- Pommier, J., & Grimaud, O. (2007). Les fonctions essentielles de santé publique : Histoire, définition et applications possibles. *Sante Publique, Vol. 19*(hs), Art. hs.
- Pommier, J., Laurent-Beq, A., Beurrier, B., Fidan, S., Guilhem, L., Jeandel, L., Ligoure, V., & Thomas, V. (2004). La perception de la santé publique des infirmières à l'hôpital. *Santé Publique, Vol. 16*(2), 383-392.
- Psiuk, T. (2006). Évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers, 84*(1), 16-28. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0016>
- Ray, M., Bourgueil, Y., & Sicotte, C. (2020). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : Un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. *Revue française des affaires sociales, 1*, 57-77.
- Rayssiguier, Y., Jégu, J., Laforcade, M., André-Péchaud, A., Clavé, S., & Huteau, G. (2012). *Politiques sociales et de santé : Comprendre et agir*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Ria, L., & Leblanc, S. (2011). Conception de la plateforme de formation Néopass@ction à partir d'un observatoire de l'activité des enseignants débutants : Enjeux et processus. *Activités, 08*(2), Art. 2. <https://doi.org/10.4000/activites.2618>
- Rican, S., Vaillant, Z., Bochaton, A., & Salem, G. (2014). Inégalités géographiques de santé en France. *Les Tribunes de la sante, n° 43*(2), 39-45.
- Robin-Quach, P. (2009). Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. *Recherche en soins infirmiers, N° 98*(3), 36-68.
- Robin-Vinat, W. (2021). Les héros en blouse blanche. *Le Journal des psychologues, 383*(1), 73-76. <https://doi.org/10.3917/jdp.383.0073>

- Rolling, J., Oulehri, W., & Roth, M. (2021). Covid-19 : États des lieux un an après, depuis les unités de réanimation jusqu'aux services de pédopsychiatrie. *Revue de neuropsychologie*, 13(2), 73-82.
<https://doi.org/10.1684/nrp.2021.0656>
- Roth, X. (2018). Le travail dans une perspective ergologique. *Céreq Echanges*, 7.
<https://www.cereq.fr/la-demarche-ergologique-une-contribution-originale-la-comprehension-des-relations-entre-la-formation-et-l'emploi>.
- Rothier Bautzer, É. (2013). *Le care négligé : Les professions de santé face au malade chronique*. DB
- Rothier Bautzer, É. (2014). Care et profession infirmière. *Recherche et formation*, 76, Art. 76.
<https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2252>
- Sanchez, A., Velut, G., Nivoix, P., Mayet, A., Dany, L., Meynard, J. B., Deparis, X., & Berger, F. (2016). Social representations of public health among healthcare workers within the French Armed Forces. *Epidemiology and Public Health / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 64(1), 7. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.10.001>
- Santana, F., Fortuna, C., & Monceau, G. (2017). Promotion de la santé et prévention des maladies en formation professionnelle en soins infirmiers au Brésil et en France. *Education, Santé, Sociétés*, 115-135.
- Santé Publique France. (2021). *Coronavirus : Chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde*. /dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde
- Santos, K. D. S., Alonso, P., & Fortuna, C. M. (2017). Les pratiques professionnelles dans un centre de lutte antituberculeuse : L'observation et l'implication. *Phronesis*, Vol. 6(3), 126-138.
- Sauviat, C. (2020). Système hospitalier, assurance santé et fédéralisme étasunien à l'épreuve. *Chronique Internationale de l'IRES*, N° 171(3), 73-89.
- Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique, ou, Un métier de philosophe* (1. ed). Octarès.
- Schwartz, Y. (2004). La conceptualisation du travail, le visible et l'invisible. *L'Homme la Societe*, n° 152-153(2), 47-77.

- Schwartz, Y. (2007). Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *Activités*, 04(4-2), Art. 2. <https://doi.org/10.4000/activites.1728>
- Schwartz, Y. (2013). Conceptions de la formation professionnelle et double anticipation. *Education permanente*, 197, 11-28.
- Schwartz, Y. (2018). Les ingrédients de la compétence : Un exercice nécessaire pour une question insoluble. In R. Wittorski (Éd.), *La professionnalisation en formation : Textes fondamentaux* (p. 169-202). Presses universitaires de Rouen et du Havre.
<http://books.openedition.org/purh/1530>
- Schwartz, Y., & Durrive, L. (2003). *Travail et ergologie*. Octarès éd.
- Schwartz, Y., & Durrive, L. (Éds.). (2009). *L'activité en dialogues : Suivi de, Manifeste pour un ergo-engagement*. Octarès.
- Schwartz, Y., & Echternacht, E. (2009). Le corps-soi dans les milieux de travail : Comment se spécifie sa compétence à vivre ? *Corps*, n° 6(1), 31-37.
- Selponi. (2015). Faire sa place à l'école, les infirmières scolaires, entre champ médical et institution scolaire. In M. Quijoux, *Bourdieu et le travail* (Presses Universitaires de Rennes, p. 380).
- Sève, L. (1995). Santé, éthique et finance(ment) : Quelques interrogations. *Revue d'économie financière*, 34, Art. 34.
- SFSP. (2020). La santé publique en France à l'épreuve de la COVID-19. *Sante Publique*, Vol. 32(1), 5-7.
- Simondon, A. (2015). L'infirmière « déléguée à la santé publique Asalée » : Analyse de la figure infirmière construite au sein d'une organisation innovante en soins primaires. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 63(2), 147-148.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.02.020>
- Svandra, P. (2011). Le soin sous tension ? *Recherche en soins infirmiers*, N° 107(4), 23-37.
- Svandra, P. (2015). Le care entre éthique, travail et politique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 122(3), 18-25.

- Tabuteau, D. (2010a). Pouvoirs publics et professions de santé. *Les Tribunes de la sante*, n° 26(1), 103-121.
- Tabuteau, D. (2010b). Du plan Seguin à la loi HPST : Les évolutions de la politique de santé. *Les Tribunes de la sante*, n° HS 1(5), 37-51.
- Tabuteau, D. (2012). Santé et politique en France. *Recherche en soins infirmiers*, N° 109(2), 6-15.
- Tabuteau, D. (2015). La santé publique en France, une histoire singulière. In *Conjuguer la santé de l'enfant et de la famille au singulier et au pluriel* (p. 17-44). ERES.
<https://www.cairn.info/conjuguer-la-sante-de-l-enfant-et-de-la-famille-au--9782749248875-page-17.htm>
- Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 4, n° 2(2), 287-322.
- Thievenaz, J. (2018). Les situations d'apprentissages réciproques (le cas de la consultation médicale). *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, Art. 39. <https://doi.org/10.4000/dse.2432>
- Thievenaz, J. (2021). 14.3. Santé et Sciences de l'éducation et de la formation : Dialogues, proximités, interrogations. In *Manuel de sciences de l'éducation et de la formation* (p. 381-388). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guibe.2021.01.0381>
- Thouvenin, P. (2004). Ethnographie de la formation des infirmières françaises. *Regards sociologiques*, 29, 35-53.
- Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : Champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, n° 35(2), 9-48.
- Triby, E. (2007). L'éducation au croisement de l'économie et de la santé : Un itinéraire. *Actualité de la Recherche en Education et Formation*, Strasbourg.
- Tronto, J. C. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, n° 32(2), 243-265.
- Ulmann, P. (2004). Est-il possible (souhaitable) de maîtriser les dépenses de santé ? *Revue d'économie financière*, 76, Art. 76.

- Vanier, M.-C., Flora, L., & Lebel, P. (2016). Un professionnel de santé qui exerce en collaboration : La pratique collaborative avec le patient. In T. Pelaccia & J. Tardif, *Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé?* De Boeck supérieur.
- Vásquez, C. (2013). Devenir l'ombre de soi-même et de l'autre. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, HS(Supplement), 69-89.
- Véga, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : L'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences Sociales et Santé*, 15(3), 103-132.
<https://doi.org/10.3406/sosan.1997.1405>
- Vergnaud, G. (2011). Au fond de l'action, la conceptualisation. In *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 275-292). Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.barbi.2011.01.0275>
- Veyrac, H. (2022). *Recherche par la production de ressource* (p. 149-164). Presses Universitaires de Rennes. <https://hal.science/hal-03878413>
- Viard, P. (2012). De la cornette au stéthoscope. *Entreprise et sacré : regards transdisciplinaires*.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01140022>
- Vigarello, G. (2016). *Histoire des pratiques de santé : Le sain et le malsain depuis le Moyen Age*. Editions du Seuil.
- Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring : Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49-52. <https://doi.org/10.1177/089431849701000114>
- Zerhouni, O., Flaudias, V., Brousse, G., & Naassila, M. (2021). L'impact de la Covid-19 sur la santé mentale des étudiants : Mini-synthèse de la littérature actuelle. *Revue de neuropsychologie*, 13(2), 108-110. <https://doi.org/10.1684/nrp.2021.0664>
- Zylberman, P. (2001). Le regard d'hier pour les concepts de demain. *adsp*, n°34, 4.

Annexes

Annexe 1 (A1) : Guide d'entretien de l'enquête	p. I - II
Annexe 2 (A2a à A2j) : Situations d'apprentissage par IDE observé	p. III - XXXVII
Annexe 3 : Résumé des situations d'apprentissage	p. XXXVIII - XLVII
Annexe 4 (A4) : Tableau catégoriel	p. XLVIII - LVI
Annexe 5 (A5) : Tableau des classes de situations apprenantes reliées à la SP et variables	p. LVII

Questions générales

- Age/Sexe

- Ancienneté dans la profession et parcours : date du diplôme, différents lieux et durée d’exercice

- Formations complémentaires

Première partie : Entretien semi-directif

Représentations, valeurs et conceptions professionnelles

- Comment définiriez-vous la santé ?

- Comment définiriez-vous le soin ?

- Avez-vous le sentiment que ces définitions correspondent à ce que vous mettez en œuvre dans votre pratique quotidienne et pourquoi ?

Conceptions, savoirs et savoirs faire associés à la SP

- Comment définiriez-vous la SP ?

- Selon vous, la SP est-elle une mission de votre lieu d’exercice ? En quoi ou pourquoi ?

- Selon vous, la SP relève-t-elle des missions de l’infirmier ? En quoi ou pourquoi ?

- Comment définiriez-vous l’économie de la santé et quels liens établiriez-vous avec la SP ?

- Selon vous, l’économie de la santé doit-elle relever de l’intérêt des infirmiers et pourquoi ?

- Comment avez-vous perçu votre formation en SP et en économie de la santé à l’IFSI et qu’en avez-vous globalement retenu ?

- Avez-vous le sentiment que cette formation et les concepts qui y sont associés vous soient utiles dans le quotidien de votre travail et pourquoi ?

- Pourriez-vous identifier des situations de soins où vous avez le sentiment d’avoir agi dans une perspective de SP et dans quelle mesure ?

- Dans ces situations en lien avec la SP, quels sont les savoirs et savoirs faire qui vous ont guidé et qu’à votre sens, il faut posséder pour être efficace dans ce domaine ?

- Abordez-vous les questions de SP avec les étudiants que vous encadrez ? Si oui, à quelles occasions et si non pourquoi ?

- Selon vous, existe-t-il au niveau de votre lieu d’exercice des situations de soins, même exceptionnelles, qui puissent être analysées avec les étudiants dans le but de produire des compétences en SP ? Si oui, lesquelles et si non pourquoi ?

Identité et genre professionnel

- Selon vous, quels sont les critères qui permettent de définir un infirmier compétent et dans cette perspective qu’attendez-vous prioritairement d’un étudiant ou d’un nouveau collaborateur que vous encadrez ?

- Selon vous la formation, telle que vous la percevez depuis les lieux de stage, est-elle adaptée aux besoins de la réalité du travail et s’il fallait changer certaines choses en priorité, quelles seraient-elles ?

Deuxième partie : retour sur les observations

Cette partie de l’entretien est plus libre, le chercheur se réserve la possibilité d’affiner ses questions en fonction des situations observées et en cours d’entretien tout en restant concentré sur les activités et situations en lien avec la SP.

Exemples :

- Parmi vos activités ou les situations de soins rencontrées dans la matinée diriez-vous que certaines soient ou auraient pu être mises en lien avec la SP ? Si oui lesquelles et en quoi, et si non pourquoi ?

- Pourriez-vous revenir sur l’un ou l’autre moment précis de l’une de ces situations et détailler l’enchaînement de vos pensées et de vos actions

- Selon-vous serait-il possible d’envisager d’exploiter ces situations dans le cadre de la formation en SP, si oui comment et si non quels seraient les obstacles ?

Les 2 dernières questions porteront sur des situations retenues par le chercheur parmi les activités observées dans la matinée. Elles seront élaborées en fin de période d’observation, à partir des éléments et remarques annotés dans la grille d’observation. Elles s’appuieront sur des concepts de SP que le chercheur met en lien avec la situation.

À l’issue de cette journée d’observation et de cet entretien qu’aimeriez-vous ajouter ?

O1S1 : Situation en lien avec le concept de prévention

Madame Z est résidente d'un EHPAD, elle a 88 ans, est veuve et est autonome pour les actes de la vie quotidienne. Elle est malentendante et se déplace à l'aide d'une canne. Nous sommes en juin 2021, il fait très chaud. Alors qu'elle termine son petit déjeuner, l'IDE lui apporte son traitement du matin. Madame Z est en train de tousser à son arrivée dans la chambre. L'IDE attend que la quinte de toux passe et lui demande ce qu'il s'est passé. La dame dit « j'ai de nouveau avalé de travers ». En effet, depuis quelques temps, elle souffre de troubles de la déglutition. L'IDE constate qu'elle est mal installée, elle est avachie dans son fauteuil et s'alimente en position demi-assise. Elle lui conseille de prendre plutôt la chaise ce qui lui permettra d'être plus droite, de prendre son temps pour bien mastiquer et d'humidifier son pain. Elle lui rappelle qu'il va faire très chaud et qu'il faudra boire régulièrement aujourd'hui, elle lui propose de demander à l'agent de service de lui servir de l'eau gélifiée pour éviter les fausses routes. Elle constate qu'il fait déjà très chaud dans la chambre. Elle propose à la dame d'ouvrir les fenêtres en grand pour aérer la pièce et de bien fermer les volets ensuite et avant qu'il ne commence à faire très chaud dehors. En lui mettant ses bas de contention, l'IDE constate que les ongles des pieds sont particulièrement longs et que la dame présente des cors. Elle lui dit qu'elle se coupera les ongles après sa douche le lendemain. L'IDE lui conseille de ne pas le faire seule et de faire appel à la pédicure, parce qu'elle est diabétique et qu'une petite plaie pourrait être grave dans son cas. Avant de quitter sa chambre elle lui conseille d'aller se promener un peu au frais dans le hall avant que les températures ne grimpent. Elle ne doit pas rester dans le noir dans sa chambre toute la journée et se mobiliser. Elle la rassure, il va y avoir des orages et la fraîcheur va revenir d'après les prévisions.

Concepts :

- Prévention des pneumopathies d'inhalation – de la déshydratation – des complications liées au diabète (prévention primaire -tertiaire)
- Promotion de l'activité physique et du bien-être
- Conseil - éducation à la santé
- Organisation du système de santé : Mission des EHPAD
- Politiques de santé : plan canicule
- Epidémiologie des troubles de la déglutition et des pneumopathies d'inhalation, de la dépendance, de la déshydratation et du diabète
- Coût et financement de la dépendance, des maladies chroniques

O1S2 : Situation en lien avec le concept de prévention

Madame X est résidente en EHPAD, elle a 91 ans et est veuve. Elle est grabataire et nécessite des soins complets de nursing. Elle est levée 3x/j pour les repas, mais préfère rester alitée la plupart du temps. Elle possède un matelas de prévention anti escarre. Elle n'a pas de troubles cognitifs mais communique peu. L'ASH a signalé à l'IDE qui la prend en charge ce matin qu'elle avait vomi après son petit-déjeuner. Elle a conservé le sac avec le haricot car elle croit y avoir vu du sang. L'IDE se rend compte que le sac a été accroché sur le côté du chariot des petits déjeuners. Elle remercie l'ASH d'avoir gardé le sac et lui dit que c'est une bonne initiative mais que par contre il ne faut pas l'accrocher au chariot repas car il peut le contaminer. Il faut le déposer dans la salle de bain des patients. L'IDE se rend ensuite au chevet de la résidente, elle la trouve chaude, et décide de mesurer sa température. 38,4°C, nous sommes en période de pandémie, bien qu'elle ait été vaccinée, il faut prévenir le médecin et envisager un test PCR. Etant donné les vomissements, elle décide de poser une perfusion SC d'hydratation en référence au protocole du service durant le plan canicule. La dame n'est pas très enthousiaste, l'IDE lui explique le bénéfice de ce soin. Elle lui demande si elle tousse, si elle a une gêne respiratoire, une sensation de nez bouché ou une perte d'odorat ou de goût. La dame dit que non mais se plaint de céphalées. L'IDE explique que ce peut-être la fièvre, elle va regarder dans le dossier de soin si du paracétamol est prescrit.

Concepts :

- Prévention des escarres, de la déshydratation, de la propagation du coronavirus ou de ses complications, des infections nosocomiales (prévention primaire, secondaire, tertiaire)
- Organisation du système de santé : Mission des EHPAD
- Politiques de santé, plan canicule
- Epidémiologie de la covid 19 chez la PA, épidémiologie de la dépendance, des escarres, de la déshydratation, des infections nosocomiales
- Coût de la pandémie, des escarres, de la déshydratation... et financement
- Formation et information du personnel non médical

O2S1 : Promotion de la santé et de l'autonomie

Monsieur A, 82 ans est entré en EHPAD il y a 3 semaines, suite à l'hospitalisation de sa femme pour une fracture de la hanche. Il est autonome pour les actes de la vie quotidienne mais a tendance à oublier plus ou moins volontairement de faire sa toilette. Nous sommes en juin, il fait chaud. Il se déplace à l'aide d'une canne. A la maison, c'est son épouse qui l'aide à prendre sa douche une fois par semaine. La famille envisage un placement du couple à la sortie de l'épouse. Ce placement temporaire est un test. Monsieur A n'est encore pas très à l'aise avec l'organisation dans le service et se plaint de devoir attendre pour la réalisation de sa glycémie capillaire et son petit déjeuner. L'IDE du service accompagnée d'un ESI qu'elle encadre réalise la tournée des glycémies capillaires et des médicaments. L'ESI s'apprête à la réaliser lorsque l'IDE lui rappelle qu'il doit laisser faire le patient : l'objectif est qu'il reste aussi autonome qu'il l'était en arrivant et que dès qu'il aura son propre matériel, il réalisera ce soin tout seul ainsi que la gestion du carnet de surveillance. Le patient se montre récalcitrant, « ça ira plus vite si vous le faites vous-même ». L'IDE insiste, « vous l'avez toujours fait à la maison, et vous devez continuer, ainsi vous ne serez pas obligé de nous attendre pour prendre votre petit-déjeuner ». Le monsieur réalise sa glycémie sous le regard bienveillant de l'ESI qui le félicite et lui démontre que ce n'était pas bien long. L'IDE rappelle au résident qu'aujourd'hui c'est le jour de la douche et qu'une aide-soignante viendra l'aider un peu plus tard. Il est mécontent, dit qu'il s'est déjà lavé. L'IDE lui explique qu'il va faire très chaud aujourd'hui et que la douche et des vêtements frais lui permettront de se sentir plus à l'aise avec cette chaleur. Elle constate qu'il porte un pull épais en laine et lui conseille de se vêtir plus légèrement après la toilette. Elle ouvre la fenêtre en grand et lui conseille de bien fermer les volets ensuite pour ne pas laisser entrer la chaleur. Elle lui conseille de boire régulièrement dans la journée et de profiter de la fraîcheur du matin pour aller se balader un peu dans l'établissement. Le monsieur dit qu'il est fatigué et qu'il ne veut pas quitter sa chambre, l'IDE insiste sur les bienfaits de l'activité physique pour sa santé.

Concepts :

- Promotion de la santé et de l'autonomie (promotion de l'activité physique, d'un environnement de vie sain, de l'hygiène corporelle...)
- Prévention de la déshydratation (prévention primaire)
- Information-conseil-éducation
- Organisation du système de santé : mission des EHPAD
- Politique de santé, plan canicule
- Epidémiologie du diabète, de la déshydratation, des chutes et des fractures du col du fémur, de la dépendance
- Coût du diabète, de la déshydratation, des chutes et financement

O3S1 : Situation en lien avec la prévention

Monsieur de 74 ans admis en service de médecine pour hyperthermie et AEG. Son test PCR est négatif. Il est suspecté une infection urinaire. Il présente une petite plaie ulcéreuse à la cheville. Il est très angoissé, se sent enfermé dans sa chambre.

Le médecin a prescrit un ECBU par aller/retour et la mise en place d'une antibiothérapie probabiliste en attendant le retour de l'antibiogramme. L'IDE en charge de ce patient propose à l'ESI de l'accompagner pour ce soin et lui demande si elle en a déjà réalisé. Elle en a vu plusieurs fois mais n'en a jamais fait. L'IDE lui demande d'expliquer l'intérêt de ce soin, le principe, les précautions et surveillances. Elle s'assure qu'elle fasse les liens entre les signes cliniques du patient et les prescriptions médicales. Elle lui demande ensuite de préparer le matériel en tenant compte du déroulé du soin. Elle doit également préparer le matériel pour un pansement simple d'ulcère (sérum physiologique, compresse, bande). Avant de se rendre en chambre, l'IDE demande à l'ESI de rappeler les différentes étapes du soin. Une fois en chambre, l'étudiante s'installe et organise son chariot de soins, elle explique au patient ce qu'elle vient faire et sous l'œil bienveillant de l'IDE réalise le soin parfaitement. Celle-ci la félicite. Une fois les urines transvasées dans le flacon de prélèvement, l'ESI réalise une identitovigilance, mais elle lui demande de confirmer son identité au lieu de la lui faire décliner. L'IDE demande alors au patient de donner sa date de naissance. Les étiquettes peuvent être collées sur le tube. Lors de la réfection du pansement réalisé par l'ESI, l'IDE constate que le pack de pansement contient beaucoup trop de compresses pour une plaie de ce type et qu'elles ont jeté les 2/3. Elle explique à l'ESI que c'est du gâchis et qu'elle va en parler à la cadre afin de savoir s'il existe des packs contenant moins de compresses. Avant de partir, l'IDE demande au patient s'il a besoin de quelque chose, il lui dit qu'il a besoin d'air, que ça le stresse d'être là à attendre. Elle tente de le rassurer en lui donnant des repères temporels : d'ici la fin de la journée, on pourra confirmer l'infection urinaire, il faudra ensuite en trouver l'origine, il aura probablement quelques examens mais avec les antibiotiques, il pourra sûrement sortir d'ici la fin de la semaine. Après être sorties de la chambre, l'IDE explique avec bienveillance l'intérêt de faire décliner son identité au patient plutôt que de lui demander de confirmer. Elles tracent les actes réalisés dans le dossier de soin et acheminent les urines au laboratoire. Lors de la pause, l'IDE fait remarquer à l'ESI que le projet de service d'aménager un patio avec un jardin japonais pour que les patients puissent s'y détendre conviendrait parfaitement à ce monsieur dont l'angoisse est majorée par l'ennui et l'enfermement. Les restrictions liées à l'épidémie de coronavirus restreignent actuellement les possibilités de circuler dans l'hôpital et un patio dans le service serait idéal.

Concepts :

- Prévention des risques associés aux soins (prévention des accidents d'identitovigilance, prévention des infections nosocomiales), prévention de la propagation du coronavirus, prévention de l'angoisse (prévention primaire)
- Organisation du système de santé : missions d'un service de médecine
- Epidémiologie des infections urinaires, des accidents d'identitovigilance
- Economie de la santé : prévention du gaspillage et coût des soins
- Qualité, bonnes pratiques
- Formation des professionnels de santé : missions du service public

O3S2 : Situation en lien avec la prévention

Dame de 88 ans admise en service de médecine générale pour adaptation du traitement antalgique et AEG suite à une chute à domicile. Elle présente un volumineux hématome sur le flanc droit et des douleurs invalidantes. Le médecin a prescrit tramadol LP 100 2X/j et tramadol 50 en si besoin toutes les 4h. Le traitement a été instauré la veille. A domicile, elle vit seule et était autonome avant la chute. Après qu'elle ait pris son petit déjeuner, l'IDE qui en a la charge ce matin propose à l'ESI qu'elle encadre d'aller réaliser l'aide à la toilette et le lever de la dame. Elle précise à l'ESI qu'il est important que la dame fasse elle-même un maximum des soins, que son projet de soins est en faveur d'un retour à domicile. A leur arrivée en chambre, la dame ne veut pas se lever, elle se plaint d'être fatiguée et voudrait être lavée au lit. L'IDE lui explique que c'est important pour elle de se lever et de marcher, qu'il faut, à tout prix, éviter que ses muscles ne se ramollissent et qu'elle continue de marcher régulièrement. Elle lui explique qu'un kiné va venir la voir aujourd'hui. Lors du lever, la patiente présente des nausées. L'IDE lui explique que ce peut être dû au traitement antalgique. Elle lui demande si elle a la tête qui tourne, des vertiges ou d'autres symptômes. L'EN de 8h était de 1/10, le traitement est efficace mais peut-être un peu trop. Elles patientent jusqu'à ce que la dame se sente prête à se lever. Elles lui enfilent ses pantoufles mais à ce moment se rendent compte que l'une d'elle est déchirée sur le côté ce qui la rend instable et qu'elles n'ont pas de semelles antidérapantes. Ce sont de simples mules en tissu tout à fait inadaptées pour une PA. L'IDE décide de lever la dame pieds-nus en s'assurant qu'il n'y ait pas d'objet blessant à terre afin d'assurer sa sécurité. Elle demande à la dame si quelqu'un de sa famille est joignable pour lui rapporter éventuellement une autre paire de pantoufles. La dame indique sa fille dont le numéro est dans le dossier de soins. Une fois installée dans la salle de bain, les soignantes la laissent en lui disant de prendre son temps pour réaliser ce qu'elle peut et que l'ESI viendra lui laver le dos et les jambes quand elle le souhaitera. Pendant ce temps, elles réalisent la réfection du lit et aèrent la chambre. L'IDE en profite pour expliquer à l'ESI que les pantoufles sont très importantes pour prévenir le risque de chute et qu'il faut absolument qu'elle appelle sa fille en sortant de la chambre. Elle lui explique que dans ce cas précis, où il y a déjà des antécédents de chute il faut être encore plus vigilant d'autant qu'un traitement opioïde vient d'être mis en place.

Concepts :

- Prévention des chutes, de la douleur, prévention des effets secondaires et du surdosage des antalgiques opioïdes (prévention primaire, tertiaire)
- Promotion de l'autonomie
- Organisation du système de santé : missions d'un service de médecine
- Formation des professionnels de santé : missions du service public
- Epidémiologie des chutes, de la iatrogénie en lien avec les opioïdes chez la PA
- Coût des chutes des médicaments et financement

03S3 : Situation en lien avec la prévention

Dame de 74 ans hémiparalysée suite à AVC est hospitalisée en service de médecine pour bilan suite à un malaise à son domicile. Elle a un traitement antalgique (paracétamol + tramadol 50 si besoin). L'IDE qui la prend en charge ce matin se rend dans sa chambre pour l'aider à faire sa toilette. Elle a convenu avec une ESI en stage dans le service qu'elle l'appellera d'ici 20 minutes pour l'aider à lever la dame. Elle constate que le doliprane est resté sur la tablette et lui demande pourquoi elle ne l'a pas pris. La dame explique que pour l'instant elle n'a pas de douleurs et qu'elle préfère le garder pour quand elle aura mal. L'IDE insiste pour qu'elle le prenne, elle lui explique que le doliprane est prescrit de manière systématique afin d'anticiper les douleurs et d'éviter qu'elles ne soient résistantes. Elle doit le prendre à heure fixe et ne pas attendre d'avoir mal. La dame s'inquiète de s'accoutumer et de ne rien avoir à prendre si elle a vraiment mal. L'IDE lui explique qu'en cas de douleurs un autre médicament plus fort est prescrit et que le doliprane n'entraînera pas d'accoutumance. Elle réalise la toilette des jambes et la toilette intime au lit et appelle l'ESI pour réaliser la toilette du dos et des fesses et le transfert au fauteuil à deux. Alors que l'ESI s'apprête à tourner la patiente vers elle, l'IDE se rend compte qu'elle est mal positionnée et qu'elle n'utilise pas les techniques de manutention pour protéger son dos. Elle lui demande de monter encore un peu le lit et lui montre une technique qui permet de latéraliser le patient en plaçant ses membres d'une certaine manière et en utilisant son genou comme levier, « tu vois, ça tourne tout seul et tu protèges ton dos ! dans 20 ans, il te remerciera ». Après avoir installée la dame dans son fauteuil, celle-ci demande à ce qu'on lui mette de la crème sur les bras, elle désigne un tiroir contenant un tube de Voltarène®. L'IDE lui demande d'où provient ce médicament qui n'est pas prescrit, la dame explique qu'il vient de chez elle et qu'elle s'en passe régulièrement sur l'épaule et le bras hémiparalysé. L'IDE lui dit qu'il n'est pas bon de prendre des médicaments qui ne sont pas prescrits, d'autant que les anti-inflammatoires sont contre-indiqués pour elle. Elle va en parler au médecin. Ensuite elle demande à ce qu'on lui mette de la crème hydratante sur le visage. L'IDE lui explique qu'on va l'installer à la salle de bain afin qu'elle termine sa toilette et qu'elle pourra mettre la crème elle-même. Elle argumente qu'il faut qu'elle se mobilise et fasse travailler son bras valide afin de ne pas s'ankyloser. Elle insiste sur les bienfaits de l'exercice physique et demande à la dame si elle a déjà reçu la visite du kiné. Pendant que la dame est dans la salle de bain, elles refont le lit et aèrent la chambre.

Concepts

- Prévention de la douleur, des complications liées à l'usage d'antalgiques de palier 2, de l'automédication, de la iatrogénie, des accidents professionnels (prévention primaire, tertiaire)
- Éducation à la santé : information et conseils sur l'usage des antalgiques et l'automédication, sur les bienfaits de l'exercice physique
- Promotion de l'autonomie
- Organisation du système de santé : missions d'un service de médecine
- Formation des professionnels de santé : missions du service public
- Épidémiologie de l'AVC, de l'automédication
- Coût des soins liés aux AVC et dimension économique de la prévention des AVC et de la promotion de la santé, coût de l'automédication

O3S4 : Situation en lien avec la prévention

Nous sommes au mois de juillet 2021, les températures extérieures sont élevées et le plan canicule a été déclenché. Des tournées « boissons » ont été mises en place, et certains patients sont perfusés à titre préventif. Le personnel est en état de vigilance en regard des signes de déshydratation et profitent de chaque passage pour rappeler aux patients de boire et les aider. Lors de la tournée des médicaments dans un service de médecine, l'IDE procède à la tournée des médicaments de midi en collaboration avec l'ESI qu'elle encadre. Elles sont munies du chariot de médicaments équipé d'une tablette permettant d'accéder au dossier de soin. Devant la chambre de mesdames S et T, l'ESI vérifie l'adéquation entre les médicaments préparés dans les piluliers et la prescription. Elle se rend compte que le Kardégic® préparé pour madame S n'a pas été renouvelé dans le logiciel depuis plusieurs jours. L'IDE profite du passage d'un médecin dans le couloir pour réajuster la prescription. Elle lui demande s'il serait possible de faire un contrôle des prescriptions pour tous les patients car elle a constaté plusieurs anomalies depuis plusieurs jours. Ils conviennent de faire le point à la fin de la tournée. Après avoir procédé à l'identitovigilance, l'ESI donne son traitement à madame S, lui verse un verre d'eau, puis se rend au chevet de madame T avec son pilulier. Elle réalise l'identitovigilance et lui donne son traitement. L'IDE qui l'accompagne constate que madame T n'a presque rien mangé, en dehors de l'entrée de crudités. L'IDE lui fait la remarque et la dame explique qu'il fait tellement chaud qu'elle n'a pas envie de manger. Elle a bien apprécié l'entrée froide qu'elle a mangé avec du pain, mais le plat principal chaud l'a rebutée. L'IDE lui propose de manger encore son yahourt tant qu'il est frais et lui explique l'importance de bien s'alimenter pour la cicatrisation de son ulcère de jambe. Elle lui propose de discuter avec la diététicienne afin qu'on puisse lui proposer des plats froids selon ses goûts. Elle lui sert un verre d'eau et lui rappelle qu'il faut boire à cause de la chaleur et que quelqu'un passera vers 15 heures pour distribuer des collations glacées qui lui feraient sûrement du bien.

Concepts :

- Prévention de la déshydratation, de la dénutrition, de la iatrogénie (prévention primaire, tertiaire)
- Information – conseil, éducation à la santé
- Organisation du système de santé : missions d'un service de médecine
- Formation des professionnels de santé : missions du service public
- Politiques de santé, plan canicule
- Epidémiologie de la iatrogénie, de la déshydratation et de la dénutrition
- Coût de la iatrogénie, dimension économique de la prévention
- Qualité, bonnes pratiques

O4S1 : Situation en lien avec la prévention

Dame de 67 ans, atteinte d'un cancer du sein avancé traité par chirurgie et chimiothérapie adjuvante. Elle est en échappement thérapeutique et présente de fortes douleurs diffuses liées aux métastases osseuses. La dernière cure de chimiothérapie a eu lieu il y a 10 jours. Elle est prise en charge au service d'accueil de jour de soins de supports d'un centre spécialisé en oncologie. Le RDV est programmé et elle est accompagnée de sa fille. La dame parle peu le français et comprend partiellement les informations qu'on lui donne. Elle est installée en chambre individuelle par l'AS, le motif d'hospitalisation est la réévaluation des douleurs. Après avoir pris connaissance des données renseignées dans le dossier, l'IDE se rend dans la chambre et réalise l'entretien d'accueil et de recueil de données. Il commence par le bilan des douleurs et des traitements antalgiques. La dame est sous skénan LP® 60 mg 2x/j et actiskénan® 10mg/h en interdose. L'IDE demande si elle a besoin de l'actiskénan® et si oui combien elle en prend. La fille lui explique qu'elle a diminué les doses prescrites parce que sa maman somnolait la journée. En demandant des précisions sur cette diminution, l'IDE s'aperçoit qu'elles confondent les 2 formes du médicament et en profite pour leur réexpliquer le principe du traitement : prendre la forme LP en systématique, même en l'absence de douleurs et la forme immédiate seulement si nécessaire. Il ne faut pas modifier les doses sans informer et demander au médecin. Il insiste sur la régularité des prises. En principe si elle somnole, elle ne devrait pas en avoir besoin. Il demande à la fille de sortir les médicaments de la pochette et leur explique comment les reconnaître. L'IDE tente de chiffrer la douleur, mais la dame ne comprend pas ce qu'on lui demande, et malgré les traductions de la fille il n'y parvient pas. Il tente de l'évaluer par des descriptions imagées : siège, sensation, comparaisons, durées, moments... Il utilise une grille d'évaluation qu'il prend soin de renseigner. Il réussit à comprendre que les douleurs se sont largement atténuées depuis la mise en place de ce traitement. Il cherche ensuite à savoir si le traitement antalgique présente des effets secondaires : il demande si la dame a des nausées, elle explique que non mais qu'elle a la bouche sèche. Il précise que c'est le traitement morphinique qui assèche la bouche et l'examine. Il conseille à la dame de bien s'hydrater, au moins 1,5L/j et de sucer des bonbons au citron pour favoriser la salivation. Il leur demande si elle a une prescription de bains de bouche et si elle les réalise régulièrement. Il insiste sur leur importance pour éviter la candidose buccale que favorise la chimiothérapie. Il s'intéresse ensuite à l'alimentation, il lui demande ce qu'elle mange, en quelle quantité et lui rappelle qu'il faut enrichir et fractionner. Il lui demande si elle prend bien ses compléments alimentaires et insiste sur leur importance. La dame se plaint de selles liquides, elle a arrêté le movicol ; il lui explique que c'est lié à la chimiothérapie et qu'il va en informer le médecin mais qu'en raison du traitement morphinique il faut le prendre. Il explore les sphères urinaires et respiratoires qui ne posent pas de problème, puis s'intéresse à la mobilisation : il veut savoir ce que la dame fait de ses journées, si elle se mobilise et comment. Il lui demande comment elle dort, s'assure qu'elle ne fasse pas de cauchemars. Il lui conseille de faire de l'exercice et lui explique le lien entre la fatigue et la dénutrition, d'où l'importance de bien s'alimenter. Il pose ensuite des questions sur l'environnement du patient : est-ce qu'une infirmière vient à domicile pourquoi et comment cela se passe ? Comment la personne est aidée à domicile, si elle est bien entourée. Il cherche ensuite à évaluer le moral de la patiente, lui demande comment elle se sent : triste, en colère, fatiguée...

Il effectue une synthèse orale de tous ces éléments au médecin du service et décide d'appeler l'IDE à domicile pour des transmissions.

Concepts :

- Prévention des complications liées au cancer, à la chimiothérapie et à la prise d'antalgiques morphiniques, prévention du mésusage des morphiniques (prévention tertiaire, quaternaire)
- Promotion du bien-être : spécificité des soins de support
- Conseil- Éducation
- Organisation du système de santé : mission des instituts de cancérologie et des services de soins de support
- Santé globale : bien-être physique, psychologique, environnement, entourage, aidants...
- Politiques de santé : plan cancer
- Épidémiologie : prévalence du cancer du sein, plan cancer
- Impact économique du cancer, dimension économique de la prévention et des soins de support, du dépistage précoce... prise en charge financière du cancer : concept d'ALD

04S2 : Situation de prise en soins globale

Monsieur de 68 ans atteint d'un cancer de l'œsophage avancé et récemment diagnostiqué. Il est sous radio/chimiothérapie. Il n'est pas au clair avec le pronostic sombre. Il est pris en charge pour réévaluation nutritionnelle au service d'accueil de jour de soins de support d'un centre de cancérologie. Il est seul et a été installé en chambre individuelle par l'AS. Il est porteur d'une sonde de jéjunostomie pour alimentation entérale. Il est très maigre. Dès l'arrivée de l'IDE, le patient est logorrhéique, il se plaint de nausées, de renvois et de gaz dès qu'il s'alimente. Il précise que sa belle-fille, infirmière et en charge des pansements de son beau-père, a constaté une inflammation au niveau de la jéjunostomie. L'IDE prévoit une réfection du pansement pour bilan plus tard dans la matinée. Il décide de contacter la diététicienne pour une évaluation calorique et en informe le patient. Il demande au patient s'il réalise les soins de bouche régulièrement et examine l'intérieur de la bouche : les dents sont abimées, le patient se plaint de ne pas arriver à mâcher. L'IDE insiste sur l'importance des soins de bouche et conseille au patient de mixer ses aliments, de ne pas manger trop chaud. Il se renseigne ensuite sur l'aspect et la quantité des selles. Le patient se met soudain à pleurer. L'IDE lui demande ce qu'il se passe, et pose sa feuille de recueil d'informations pour se placer en posture d'écoute. Le patient explique qu'il s'inquiète pour sa femme, qu'elle s'occupe beaucoup de lui et qu'elle est épuisée. Il était ancien cuisinier et explique qu'avant la maladie, c'est lui qui s'occupait des repas. A présent il est trop fatigué et culpabilise de donner autant de travail et d'inquiétude à son épouse. Il tient des propos morbides, l'IDE sent qu'il est angoissé par le pronostic de la maladie qu'il suspecte d'être mauvais sans en avoir eu encore la confirmation. En effet les premiers scanners de réévaluation montrent une absence de réaction aux traitements et son oncologue doit lui annoncer les résultats dans l'AM. Il explique qu'il a un mauvais pressentiment et mélange les émotions et les problèmes qui le tracassent. L'IDE tente de le rassurer et lui explique qu'on peut faire venir l'AS pour mettre des aides en place et soulager son épouse, mais rien qu'à son évocation il se remet à pleurer. Au cours de la conversation le patient parle de son métier, il est plus enthousiaste et prend plaisir à raconter ses expériences. Il redevient logorrhéique, puis commence à parler de l'histoire de sa maladie, des premiers signes, de l'annonce du diagnostic. Il a l'impression que le médecin n'est pas honnête avec lui, se plaint de toujours voir quelqu'un d'autre. L'IDE constate beaucoup d'anxiété et lui propose de rencontrer la psychologue en lui expliquant que cela lui ferait du bien de parler de ce qu'il ressent. Il lui précise que le médecin

oncologue viendra dans l'AM et qu'il devra lui poser les questions auxquelles il a l'impression qu'on ne répond pas. Il profite d'un moment où le patient est plus serein pour poursuivre son recueil de données cliniques : il s'intéresse au traitement antalgique (Doliprane® et Fentanyl patch®) qui d'après le patient et l'évaluation à l'aide de la grille est efficace. Il se renseigne sur l'élimination urinaire qui ne pose pas de problème, sur la qualité du sommeil et sur l'activité physique. Il insiste sur son importance et demande si un kiné vient le voir pour éviter la fonte musculaire. Il examine ses jambes et constate qu'il n'a pas de bas de contention, il décide d'en parler au médecin car il y a de légers œdèmes, il conseille au patient de surélever les jambes quand il est assis. Avant de repartir, le patient exprime son souhait de changer de médecin traitant, il se plaint que son médecin ne le suive pas suffisamment et voudrait savoir si c'est possible. L'IDE lui explique que c'est son droit et lui explique les démarches à effectuer. L'IDE réalise des transmissions orales au médecin et assure la coordination avec les autres professionnels impliqués : diet, AS, psychologue, kiné.

Concepts :

- Santé globale et prise en soins interdisciplinaire : santé physique, santé psychologique, santé des aidants : objectif des soins de support
- Prévention tertiaire : prévention de la dénutrition, des effets secondaires à la chimiothérapie et à la radiothérapie, des traitements opioïdes, de la iatrogénie, des infections afférentes aux soins, de la fonte musculaire, de l'angoisse. Prévention primaire : prévention de l'épuisement des aidants
- Conseil-éducation
- Politiques de santé, droits des patients, plan cancer, consultation d'annonce...
- Organisation du système de santé : mission des instituts de cancérologie et des services de soins de support
- Epidémiologie : prévalence du cancer de l'œsophage et des complications
- Interdisciplinarité

O5S1 : Situation en lien avec le concept de conseil-éducation

Dame 67 ans prise en charge au service des urgences secteur traumatologie pour brûlure au visage et au bras suite à un accident alors qu'elle faisait la cuisine. Elle s'est ébouillantée en portant une casserole trop lourde qu'elle a lâchée.

Après installation dans un box de consultation par l'IAO, l'IDE du secteur réalise un recueil de données en insistant sur les circonstances de l'accident et les premiers soins. Le médecin est présent. L'incident a eu lieu la veille, l'IDE lui demande pourquoi elle n'est pas venue de suite. La dame explique que sur le coup, elle n'a pas remarqué que la brûlure était grave, hormis les douleurs, elle ne présentait pas de signes cliniques. Elle dit j'étais juste un peu rouge. C'est le matin au réveil que de volumineuses cloques sont apparues avec un léger œdème de la face. L'IDE lui explique que les brûlures doivent être traitées immédiatement, même si on ne voit rien. Si cela devait se reproduire, il faudrait venir de suite. Elle donne également des conseils pour les premiers soins : refroidir la brûlure à grande eau et consulter rapidement. Le médecin prescrit une application de vaseline et de tulle gras. Pendant le soin, l'IDE la rassure, elle lui explique ses gestes et les soins qu'elle devra se prodiguer elle-même : bien rincer, désinfecter, appliquer la vaseline en grande quantité et placer les compresses grasses sur les zones inflammatoires, puis des compresses sèches et un bandage au niveau du bras. Au niveau du visage, qui est moins affecté, juste de la vaseline. Elle lui explique que ces soins seront à effectuer 2X/j tous les jours et lui demande si son mari, qui l'a accompagnée et l'attend à l'extérieur, sera en mesure de les effectuer. La dame pense que oui. L'IDE lui donne encore quelques conseils lors de la remise des papiers de sortie : elle doit aller consulter son médecin traitant pour réévaluer les brûlures d'ici quelques jours et le contacter d'urgence si des signes d'aggravation se présentent. En la saluant, l'IDE plaisante et lui conseille de faire participer son époux lorsqu'elle cuisine pour toute la famille. Réalise des transmissions écrites dans le dossier.

Concepts :

- Conseil et éducation : gestes d'urgence en cas de brûlures et bon usage des services de santé, éducation pour l'autonomie dans les soins
- Prévention des accidents domestiques (prévention primaire), des complications liées aux brûlures (prévention tertiaire)
- Organisation du système de santé : mission des services d'urgence
- Epidémiologie des brûlures, des consultations aux urgences
- Financement et économie des services d'urgence, dimension économique des soins éducatifs et préventifs

05S2 : Situation en lien avec le concept de conseil-éducation

Jeune femme de 19 ans prise en charge au service d'urgence secteur traumatologie pour plaie inflammatoire au genou, suite à une chute à vélo la veille. Après installation dans un box de consultation par l'IAO, l'IDE du secteur procède au recueil de données et interroge la patiente sur les circonstances du traumatisme et les soins réalisés jusque-là. Elle lui demande si elle sait si ses vaccinations sont à jour puis réalise un prélèvement capillaire au bout du doigt et lui en explique les raisons : il faut vérifier sa couverture vaccinale contre le tétanos car ce type de plaie peut entraîner une contamination. En cas de non couverture, il faudra procéder à un traitement spécifique et se faire vacciner. Elle procède à la désinfection de la plaie tout en discutant avec la patiente. Elle lui demande pourquoi elle n'est pas venue immédiatement après la chute. La jeune femme explique qu'elle n'osait pas venir un jour férié. L'IDE précise que les services d'urgence fonctionnent même les jours fériés et qu'il vaut mieux venir de suite que d'attendre que des complications surviennent et nécessitent des soins plus complexes. La plaie est sale et inflammatoire. La patiente est très algique et l'IDE ne parvient pas à bien nettoyer. Elle lui propose d'appliquer de la Xylocaine® en spray et d'attendre un peu que la zone soit anesthésiée pour continuer le soin. Pendant ce temps, elle lui explique que la zone est très inflammatoire et qu'elle nécessite d'être bien désinfectée pour éviter l'infection : c'est pour cela que c'est important de venir rapidement. La patiente demande un arrêt de travail. L'IDE lui explique que ce genre de blessure ne le nécessite pas, mais la jeune femme insiste en expliquant qu'elle devait passer un examen pratique ce matin-là et qu'elle serait en retard du fait de sa consultation aux urgences. L'IDE propose un certificat médical mais la patiente n'est pas satisfaite, l'IDE comprend qu'elle est très anxieuse à l'idée de passer cet examen, mais ce n'est pas une raison.

Malgré l'anesthésie, l'IDE a toujours du mal à bien désinfecter la plaie tant la patiente se plaint de douleurs. Elle en informe le médecin qui examine la plaie et prescrit un antibiotique en prophylaxie. Après avoir vérifié qu'elle n'était pas allergique, l'IDE lui administre et lui explique de quelle manière elle devra prendre ce traitement par la suite.

Elle explique les ordonnances de sortie à la patiente et comment procéder pour réaliser le pansement elle-même : bien nettoyer au savon sous la douche, sécher avec des compresses, mettre de la bétadine gel sur la plaie et poser des compresses de mepilex puis la compresse adhésive. Elle précise que le pansement sera à réaliser 1x/j.

Avant de laisser partir la patiente, l'IDE vérifie le test de couverture vaccinale qui est positif. L'IDE conseille à la patiente de consulter son médecin traitant dans quelques jours, pour évaluation de la plaie et faire le point sur ses vaccinations. Elle salue la patiente et réalise des transmissions écrites.

Focus

Discussion non enregistrée autour des demandes abusives d'arrêts maladies ou de consultations non urgentes qui auraient pu être faites en ville. L'IDE explique que ce sont des situations extrêmement fréquentes et que c'est épuisant de constater ce gaspillage quand on sait le manque de moyens par ailleurs. Je lui demande comment elle réagit dans ces cas-là, si elle tente d'éduquer à l'usage du système. Elle dit être surtout agacée à titre personnel, elle se sent concernée en tant qu'usager ou citoyenne mais dit ne pas vouloir être dans le jugement dans un

cadre professionnel et estime que ces questions n'ont pas à entrer en ligne de compte dans sa pratique : « quand elle soigne, elle soigne ». Elle pense que ce n'est pas du ressort infirmier alors qu'on sent bien qu'elle se questionne beaucoup sur ce sujet.

Concepts :

- Conseil-éducation en rapport avec les soins de plaie, l'usage des services d'urgence et la prescription d'arrêts de travail ; éducation à la citoyenneté et à l'usage des services publics
- Prévention des infections par le tétanos (prévention secondaire : test de couverture vaccinale et orientation vers le médecin traitant), des infections liées aux plaies traumatiques (prévention tertiaire), de la douleur ou de la douleur associée aux soins (prévention primaire ou tertiaire), prévention des abus et du gaspillage (prévention primaire)
- Politiques de santé : lois sur la vaccination obligatoire
- Organisation du système de santé : missions des services d'urgence
- Épidémiologie des accidents à vélo, des consultations aux urgences pour traumatisme, épidémiologie du tétanos
- Économie de la santé et dépenses inutiles, financement et équilibre de la sécurité sociale

05S3 : Situation de soins éducatifs et préventifs : prise en soins des accidents domestiques

Enfant de 7 ans pris en charge au service des urgences pour suspicion de fracture suite à une mauvaise réception lors d'une chute durant un match de football. L'enfant est accompagné de sa maman. Après installation dans un box par l'IAO, le médecin examine le bras de l'enfant en présence de l'IDE de secteur qui échange avec la maman pendant ce temps pour compléter son recueil de données et se renseigner sur les circonstances de l'accident. L'enfant n'a pas de grosses douleurs, il paraît en forme. La maman a expliqué à l'IDE qu'ils sont sensés partir en vacances dans 3 semaines, elle craint que l'enfant minimise sa douleur. Les clichés radios font douter le médecin, il hésite à confirmer la fracture. L'enfant et sa maman sont anxieux, l'IDE tente de les rassurer. Cela n'empêchera pas les vacances, mais il y aura des contraintes si la fracture est confirmée. Elle propose d'attendre que le médecin qui est allé consulter un confrère revienne et les informe de la décision.

La fracture est confirmée par le spécialiste de garde. Le médecin en informe l'enfant et sa maman : il va falloir mettre en place un plâtre au moins quelques jours et refaire des clichés dans 15 jours pour voir si le plâtre doit être maintenu ou si une atèle souple peut le remplacer.

L'IDE accompagne l'enfant et sa maman dans la salle de plâtre. Pendant qu'elle prépare le matériel, la maman est très anxieuse : doit-elle annuler les vacances ? L'IDE lui demande où et par quels moyens ils partent. Elle les rassure, ils viendront en consultation avant de partir, des radios seront réalisées et avec de la chance, une atèle souple pourra être posée ce qui lui permettra même de se baigner un petit peu. Il ne faut surtout pas annuler les vacances. Lors du soin, elle plaisante avec l'enfant, « alors, tu es un grand courageux ! J'aimerais que tous mes patients soient comme toi ». Elle en profite pour prodiguer des conseils : ne pas mouiller le plâtre, l'enfant peut prendre des bains ou douches mais en protégeant le bras de l'eau. Si des douleurs ou des démangeaisons apparaissent, ne pas attendre et prévenir immédiatement le

médecin ou venir aux urgences. L'enfant ne doit pas faire de sport ou d'activité où il risque d'avoir un choc ou de chuter. Il doit mobiliser ses doigts et ses articulations régulièrement, sauf le poignet immobilisé. Il ne doit surtout rien introduire à l'intérieur, même si ça gratte. Alors qu'elle achève de fendre le plâtre, la maman demande s'il peut jouer aux jeux vidéo. L'IDE rit, et regarde l'enfant « s'il y arrive », mais il ne doit pas jouer trop longtemps, pour ne pas trop solliciter le membre, et explique que de toutes façons, ce n'est pas très bon pour la santé de jouer trop longtemps aux jeux vidéo. L'enfant rit à son tour. L'IDE lui place une écharpe et lui explique qu'il doit la porter lorsqu'il est debout ou qu'il se déplace. Il peut la retirer lorsqu'il s'assied à condition de ne pas laisser le bras pendre trop longtemps. Pour dormir, il doit l'enlever.

Avant de partir, l'IDE donne le rdv de consultation en service de post-urgences dans 15 jours, elle leur donne une fiche conseil qui récapitule les informations données oralement. En cas de douleurs, il peut prendre du Doliprane®, elle demande à la maman si elle en a à la maison. Elle les salue en conseillant à l'enfant d'être prudent pour éviter le maintien du plâtre.

Concepts :

- Conseils et éducation autour des vigilances et surveillances après mise en place d'un plâtre
- Prévention des complications liées aux plâtres (prévention tertiaire), du mésusage des jeux vidéo (prévention primaire) et des violences faites aux enfants (prévention secondaire)
- Promotion de la santé et du bien être
- Organisation du système de santé : mission des services d'urgence
- Epidémiologie : Prévalence des accidents domestiques et des fractures accidentelles chez l'enfant
- Economie de la santé : coût des hospitalisations en urgences pour fractures chez l'enfant

05S4 : Situation de soins éducatifs : prévention et dépistage de la maladie de Lyme

Jeune femme de 30 ans, aide-soignante, vient voir une IDE du service des urgences de l'hôpital où elle exerce pour qu'elle lui retire une tique qu'elle a repérée à son réveil ce matin. L'IDE lui retire la tique à l'aide d'une pince adaptée, désinfecte la zone de la morsure et s'assure qu'elle a été retirée dans son intégralité. Elle lui demande où elle pense l'avoir contractée : la jeune femme a fait une balade en forêt la veille. C'est une zone à risque, comme beaucoup dans la région où la maladie de Lyme a une forte prévalence. Elle lui conseille de bien surveiller la zone de morsure, l'apparition d'un érythème rouge aurolé autour de la morsure est évocateur de la primo-infection. Elle a de la chance, c'est une zone bien visible. Elle lui explique que si ces signes apparaissent, il faut consulter immédiatement car il convient de mettre un traitement antibiotique en place le plus vite possible. Elle lui conseille de voir son médecin traitant ensuite pour voir s'il faut faire une sérologie et quand.

Après les soins, elles ont une discussion autour des moyens de prévention : porter des vêtements serrés, chaussettes hautes, protéger la nuque, tête avec un chapeau, un foulard, se dévêtir et vérifier les vêtements rapidement en rentrant, de préférence, éviter de les remettre, vérifier la

peau, surtout les chevilles, les mollets, la nuque, le cuir chevelu mais elles peuvent se placer partout.

Concepts :

- Conseil éducation autour de la surveillance et la conduite à tenir après morsure de tique et des moyens de prévenir les morsures
- Prévention de la maladie de Lyme : prévention primaire et secondaire (dépistage des signes de contamination et sérologie à distance)
- Organisation du système de santé : missions des services d'urgence
- Politiques de santé et priorité sanitaire plan prévention et maladie de Lyme
- Epidémiologie, prévalence de la maladie de Lyme
- Impact économique et reconnaissance de la maladie de Lyme

O6S1 : Situation de prise en soin globale

Prise en soins d'un homme polyhandicapé et diabétique, retraité et vivant dans un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés. À son arrivée, l'IDE prend des nouvelles de l'état de santé de la personne et notamment de l'évolution des douleurs au niveau des points d'appui dont il se plaignait la veille. Elle réalise la glycémie capillaire la note et constate dans le carnet de surveillance que les glycémies sont régulières. Elle félicite le patient pour son observance du régime alimentaire et trouve que son nouveau traitement est efficace. Elle évalue la quantité d'urine et leur aspect dans l'urinal avant de les vider. Au cours de la douche, l'IDE en profite pour vérifier la bonne prise des traitements, elle évalue l'état cutané et observe une évolution favorable des lésions du sacrum. Elle demande au patient comment il se sent en ce moment, ce qu'il va faire et l'encourage à participer aux activités du foyer. Le patient dit qu'il a allumé le chauffage car il commençait à faire froid, elle lui rappelle qu'il faut le couper la nuit pour avoir un bon sommeil. Elle lui conseille également de bien aérer la chambre pendant qu'il ira prendre son petit déjeuner. A la fin du soin, elle vide le tube de crème hydratante et demande au patient de s'en faire prescrire par le médecin traitant parce que c'est vraiment important pour prévenir les problèmes cutanés.

Concepts :

- Santé globale
- Prévention des douleurs, des complications liées au diabète et au polyhandicap, des infections, des escarres
- Promotion de la santé : promotion d'une bonne hygiène de l'environnement, alimentaire et corporelle, promotion de l'activité physique et sociale
- Éducation à la santé
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Organisation sanitaire et sociale, missions des services accueillant des personnes en situation de handicap
- Epidémiologie du handicap
- Coût et prise en charge financière du handicap, dimension économique du maintien à domicile ou en structure non médicalisée

O6S2 : Situation de prise en soin globale

Dame épileptique, obèse et diabétique souffrant d'un volumineux lymphœdème chronique aux 2 jambes. Prise en charge au cabinet pour soins des jambes, mise en place des bandes de contention, préparation et surveillance de la prise des traitements et actuellement pansement pour brûlure étendue au bras à l'aisselle et l'épaule (brûlure par eau bouillante suite à crise d'épilepsie ; cela était déjà survenu il y a une dizaine d'années avec une prise en charge en réanimation et en service de grands brûlés). Durant les soins, très douloureux, l'IDE tente de la divertir et aborde différents sujets de conversation, elle s'enquiert de l'efficacité des antalgiques et de ce que la patiente mange. Elle lui conseille d'enrichir ses repas avec des protéines pour favoriser la cicatrisation. Durant le soin, elle s'aperçoit que le téléphone est décroché et lui rappelle qu'il ne faut surtout pas le faire car c'est un outil de sécurité en cas de crise d'épilepsie.

Concepts :

- Santé globale
- Prévention de la douleur, des complications liées au brûlures, au diabète, des accidents domestiques (prévention tertiaire, secondaire, primaire)
- Conseils éducation pour prévenir la dénutrition et les troubles de la cicatrisation, les accidents domestiques
- Promotion de la santé
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Epidémiologie de l'obésité, du diabète, du lymphœdème, de l'épilepsie...
- Coût des maladies chroniques et dimension économique de la prévention

O6S3 : Situation de prise en soins globale

Monsieur diabétique retraité en situation de handicap vivant en foyer. Pris en charge pour glycémies et insulines, soins de cystoKT urinaire. A son arrivée, l'IDE vide et vérifie la quantité et l'aspect des urines, elle demande au patient ce qu'il a fait la veille, ce qu'il a mangé. Elle constate que la glycémie est bonne depuis plusieurs jours et félicite le patient. Elle lui conseille de boire beaucoup d'eau pour éviter les infections urinaires. Elle l'aide à s'habiller, lui demande ce qu'il va faire de sa journée et l'encourage à participer à des activités au foyer.

Concepts :

- Santé globale
- Prévention des infections, des complications liées au diabète et au handicap
- Promotion de la santé physique et des liens sociaux
- Conseil-éducation
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Epidémiologie du handicap, du diabète
- Politiques sociales
- Coût et financement du handicap et du maintien à domicile ou en structure non médicalisée

O6S4 : Usage d'internet dans la recherche d'informations médicales

Monsieur d'une quarantaine d'année pris en charge pour soins post op de kyste sacro-coccygien avec fistule et drain en place. A l'arrivée de l'IDE, le patient dit ne pas bien se sentir moralement, il a pris RDV avec le chirurgien dans l'AM pour lui poser les questions qui le taraudent. Durant le soin, l'IDE invite le patient à exprimer ses craintes et cherche à évaluer l'origine de l'angoisse. Le patient explique qu'il a fait des recherches sur internet au sujet de sa pathologie et qu'il y a plein de choses qui lui ont fait peur ou le questionnent. L'IDE lui déconseille de faire des recherches sur internet et qu'il doit poser les questions au chirurgien ou éventuellement aux IDE s'ils peuvent répondre. Une discussion s'en suit autour des informations variables que l'on peut trouver sur le net. Elle lui demande s'il y a des questions qui lui viennent à l'esprit et auxquelles elle pourrait peut-être répondre. Il s'interroge sur la position pour le sommeil : elle lui explique qu'il n'y a pas de position interdite, du moment qu'il se sent bien et qu'il n'a pas mal. Il demande également s'il y a quelque chose de particulier

à faire pour ne pas avoir mal en allant aux toilettes. Il a aussi lu que parfois les sutures lâchaient à la défécation et cela l'inquiète. Elle lui conseille de manger des fibres pour éviter d'être constipé.

Concepts :

- Conseil éducation sur l'usage des informations disponibles sur le net/littérature en santé ; conseil éducation en lien avec le sommeil, l'élimination
- Prévention du mésusage d'internet, prévention des complications chirurgicales, de l'angoisse et des troubles du sommeil
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Epidémiologie des kystes sacro-coccygiens, du mésusage de l'information médicale
- Dimension économique de la prévention et des soins éducatifs

Remarques : dans ce cabinet chaque patient a, à son domicile, un classeur constituant son dossier personnel : ordonnances, résultats d'examens, courriers, feuille de transmissions IDE, feuille de transmissions avec le médecin, et aide-ménagères et autres professionnels. Les médicaments sont rangés au domicile dans une box à code mise en place par le cabinet : situation globale en lien avec la sécurité, la qualité, la législation, les instances, la coordination interprofessionnelle...

O7S1 : Situation de prise en soins globale

Dame âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, prise en charge pour soins d'hygiène (toilette complète au lit, habillage, lever et installation au fauteuil). Le mari est le principal aidant familial, il est indispensable pour la mobilisation de son épouse lors de la toilette et du lever. Était constipée depuis plusieurs jours, avec douleurs abdos. A eu un lavement évacuateur la veille. À son arrivée, l'IDE demande au mari comment s'est passé le lavement et s'il a déjà montré des signes d'efficacité. Elle palpe l'abdomen et le trouve encore tendu. La dame a eu d'abondantes selles assez liquides. La toilette dure plus longtemps que prévu et l'IDE veille à bien laver et sécher la personne dans chaque pli pour éviter mycoses et escarres. Durant tout ce temps elle échange avec le mari de la dame qui communique très peu. Elle lui conseille de ne pas donner le Movicol® de ce jour à son épouse et de la faire boire davantage pour éviter la déshydratation. Avant de partir elle installe la dame pour le petit déjeuner et s'assure que ce dernier est adapté.

Concepts

- Santé globale
- Prévention de la constipation, de la déshydratation, des mycoses, des escarres (prévention primaire)
- Conseil- éducation
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Politiques de santé : reconnaissance des aidants
- Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer
- ES: dimension économique du maintien à domicile et place des aidants

O7S2 : Situation de prise en soins globale

Homme âgé diabétique type 2 pris en charge pour préparation, administration et surveillance des thérapeutiques et mise en place des bas de contention. À son arrivée, constate sur le calendrier de suivi qu'il a RDV à la banque le lendemain et le lui rappelle. En mettant les bas en place, elle constate qu'il a les ongles longs et lui conseille de prendre RDV chez son pédicure. En préparant son traitement, elle lui demande ce qu'il a prévu aujourd'hui et lui conseille d'aller se balader que ça lui fera du bien de sortir et de faire un peu d'activité.

Concepts

- Santé globale
- Prévention des complications liées au diabète (prévention tertiaire)

- Promotion de la santé et de l'activité physique
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Epidémiologie du diabète et des complications
- Coût du diabète et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile

07S3 : Situation en lien avec les concepts de conseil et d'éducation

Monsieur diabétique insuffisant rénal vivant seul à son domicile et pris en charge pour arrêt du cycleur de dialyse péritonéale, mise en place des bas de contention et divers soins de plaie aux jambes et pieds. L'état du logement est sens dessus-dessous et la chambre est encombrée des nombreux cartons de produits et matériels médicamenteux. Son salon est encombré d'outils et de matériaux en réparation, il adore bricoler. Lors du débranchement, elle laisse faire le patient et vérifie qu'il effectue correctement les différentes manipulations. L'IDE constate que le pansement de KT péritonéal n'est plus occlusif et sale, elle décide de le refaire bien que ce n'était pas prévu. Pendant ce temps, le patient lui apprend qu'il a enfin eu les dates d'hospitalisation pour son ETP (utilisation du cycleur). Il rappelle à son IDE qu'elle devra venir cette semaine-là elle aussi pour une formation et qu'elle doit organiser cela avec le service de soins. Lors des pansements, elle constate qu'il a la peau sèche et décide de lui appliquer de la crème hydratante en lui conseillant de renouveler le soir après retrait des bas.

L'IDE a des doutes quant à l'adaptation du logement en regard de l'hygiène qu'impose la dialyse péritonéale. Elle a constaté qu'il avait compris certaines choses importantes comme le lavage des mains ou la fermeture des portes lors des branchements et débranchements de DP mais d'un autre côté, il ne fait pas d'efforts pour ranger et assainir son logement. Elle compte s'entretenir à ce sujet avec l'équipe de l'hôpital lors de son appel pour la coordination de la formation.

Concepts :

- Conseil-éducation / ETP en regard des soins de dialyse péritonéale et de l'hygiène rigoureuse qu'ils imposent, des complications liées au diabète et à l'insuffisance rénale
- Prévention tertiaire : complications liées au diabète, à l'insuffisance rénale et à la dialyse péritonéale
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Politiques de santé : promotion de l'ETP
- Collaboration ville-hôpital, réseaux de santé
- Epidémiologie du diabète, de l'insuffisance rénale des traitements par dialyse péritonéale
- Coût des soins et dimension économique de la prévention et de l'ETP

07S4 : Situation de prise en soins globale

Homme pris en charge dans le cadre de soins palliatifs suite à un cancer en stade terminal. Il vit au domicile de son fils qui est présent ce matin-là. L'homme ne parle pas français et la communication est difficile d'autant que la crise sanitaire impose le port du masque. Il est pris en charge pour une toilette complète au lit et une aide à l'habillage. Pendant les soins, l'IDE a besoin de l'aide du fils pour communiquer avec le patient, elle prend le temps d'échanger avec eux pour savoir comment va le monsieur : alimentation, douleurs, élimination... et sur ses souhaits pour l'habillage, l'installation après la toilette. Elle fait preuve de beaucoup de patience et d'empathie et en partant s'assure du bien-être du reste de la famille.

Concepts :

- Santé globale
- Prévention quaternaire (dénutrition, inconfort, douleur), soins palliatifs
- Promotion de la dignité dans la fin de vie
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Politiques de santé : lois sur la fin de vie et les soins palliatifs
- Epidémiologie du cancer et de l'usage des soins palliatifs
- Coût du cancer et dimension économique des soins à domicile et de la prévention quaternaire

O8S1 : Situation de prise en soins globale

Dame âgée vivant seule dans une résidence senior (appartements autonomes adaptés) sans prestations particulières. Elle bénéficie d'une aide-ménagère et du portage des repas. Prise en charge infirmière pour l'accompagnement dans les soins quotidiens (aide au lever, toilette, aide à l'habillage) et le suivi du traitement habituel (préparation du pilulier, surveillance de l'observance et surveillance clinique).

La dame présente de la fièvre et une légère toux, associées à une asthénie depuis la veille. S'est cognée au tibia il y a quelques jours et présente une inflammation locale avec un petit hématome. Le médecin suspecte un érysipèle mais prescrit un test PCR pour éliminer une covid-19 (patiente vaccinée). Il prescrit également une antibiothérapie probabiliste à large spectre. A son arrivée, l'IDE vérifie la prise du traitement de la veille dont celle des ATB (la dame ne souhaite pas qu'ils soient placés dans le pilulier avec le reste du traitement). Il vérifie le nombre de comprimés retirés de la boîte et pose la question à la personne, prend des nouvelles du déroulement de la nuit, lui rappelle qu'aujourd'hui, il y a le test PCR à faire et l'aide à se lever. Au cours de la toilette, il fait légèrement froid, la personne se plaint, l'IDE lui conseille de ne pas éteindre le radiateur la nuit dans la salle de bain. La dame pense que c'est son hématome au tibia qui a causé sa fièvre, l'IDE lui explique que le médecin suspecte plutôt une infection de la peau. Il la rassure en expliquant que les antibiotiques semblent faire effet parce qu'il la trouve plus en forme que la veille et lui redit de bien prendre les antibiotiques. Il lui propose à nouveau de les placer dans le pilulier pour qu'elle n'ait pas à y penser mais elle refuse toujours. Après la toilette, il l'aide à s'habiller, l'accompagne dans la cuisine où il réalise le test PCR et lui prépare les antibiotiques à côté de son pilulier avec un verre d'eau. Il vérifie encore une fois qu'elle ait bien compris comment prendre ses antibiotiques en lui demandant quand sera la prochaine prise après celle-ci et à quelle heure elle doit les prendre. Il remplit les documents administratifs et de traçabilité du test Covid et demande à la dame de lui fournir son certificat de vaccination car le remboursement des tests est désormais encadré selon le schéma vaccinal et les situations cliniques.

Concepts :

- Santé globale
- Prévention de la propagation de la covid 19 (prévention secondaire et primaire), prévention du mésusage et de l'inobservance des médicaments et des effets secondaires des antibiotiques, prévention des infections de plaies chroniques
- Promotion de la santé et de l'autonomie, du maintien à domicile
- Conseil-éducation concernant les traitements, les symptômes
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Politiques de santé : pass vaccinal pour la covid 19 et traçabilité pour la veille sanitaire
- Epidémiologie de la covid 19 et de la vieillesse
- Coût des soins et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile

O8S2 : Prise en soin globale

Dame obèse avec des difficultés à la marche, vivant en couple et prise en charge pour aide à la toilette. Durant la toilette, de nombreux échanges : demande au couple comment se passent les journées, il félicite la dame de faire des déplacements de plus en plus importants sans son fauteuil. Elle se plaint de douleurs dans le dos, il lui explique que de ne pas se mobiliser aggraverait les choses. Il lui fait remarquer qu'il la trouve plus en forme ces derniers temps, ce qu'elle reconnaît. Plusieurs sujets sont abordés : il leur rappelle que nous changeons d'heure ce WE, le sujet des prochaines présidentielles est abordé et enfin une discussion autour du nouveau traitement contre la covid 19 annoncé par un grand laboratoire. L'IDE les rassure en leur expliquant que grâce à leur vaccination ils sont bien protégés. La dame explique qu'elle est allée s'acheter de nouvelles pantoufles la veille. L'IDE la félicite et lui rappelle que c'est une bonne chose si elle marche davantage car il faut que son pied soit bien maintenu et que les semelles ne glissent pas. Il lui redit qu'il trouve que ses efforts sont payants et qu'il lui trouve meilleure mine maintenant qu'elle peut à nouveau un peu sortir prendre l'air.

Concepts :

- Santé globale
- Prévention des lombalgies, prévention des chutes, prévention des troubles de la mobilité physique (prévention primaire). Prévention de la covid 19 et vaccination (prévention primaire)
- Promotion de la santé et de l'activité physique
- Conseil-éducation
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Epidémiologie des chutes, des lombalgies, de la covid 19
- Coût des maladies chroniques et dimension économique de la prévention

O8S3 : Situation en lien avec le concept de conseil-éducation

Dame qui a chuté en sortant de sa voiture et présente un volumineux hématome avec nécrose tissulaire élargie et redon en place au niveau du genou. Prise en charge infirmière post-op pour pansement et surveillance de l'évolution clinique. Durant le soin, la dame présente de fortes douleurs et explique que même en dehors des soins, les douleurs ne sont jamais totalement apaisées. L'IDE lui demande ce qu'elle prend comme traitement contre les douleurs. Elle explique qu'elle prend du Doliprane®. Il lui conseille d'en parler à son médecin car à son avis le Doliprane® n'est pas suffisant et qu'il faudrait peut-être une prescription d'antalgiques plus forts.

Concepts :

- Conseil-éducation pour la prise en charge et la prévention de la douleur
- Prévention de la douleur (primaire ou tertiaire)
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Epidémiologie des accidents domestiques
- Coût des soins à domicile et dimension économique des soins préventifs et éducatifs

O8S4 : Situation de promotion de la santé et de l'autonomie

Homme retraité vivant en couple présentant une hémiplegie post AVC et prise en charge infirmière pour soins d'hygiène et de confort (aide au lever, toilette, aide à l'habillage et installation en fauteuil roulant pour le petit déjeuner). Porteur d'une sonde urinaire à demeure. A l'arrivée, vidange du sac à urine et échanges autour du temps. Durant la toilette, l'IDE conseille au patient de ne pas rester au lit ce matin et de faire des petits pas à l'aide de son fauteuil roulant. Il lui rappelle combien c'est important de se mobiliser pour conserver sa masse musculaire et ne pas s'enraidir. Le patient est réticent, il veut rester au lit. L'IDE insiste tout en faisant preuve d'empathie, il lui explique qu'il le comprend mais que c'est extrêmement important pour sa santé et qu'il le pense tout à fait capable de remarcher un peu à condition qu'il le veuille. Il plaisante en disant « votre corps est prêt, c'est votre tête qui ne veut pas encore ». En début d'après-midi, l'IDE revient pour change et hygiène intime. Le patient vient de terminer son déjeuner. Le patient souhaite se coucher pour effectuer le soin, il espère rester couché ensuite. L'IDE négocie que le soin se fasse debout, cela lui fera mobiliser ses jambes et lui sera profitable pour retrouver de l'autonomie. Il pourra ensuite faire une sieste. Son épouse est présente, ils échangent autour des capacités du monsieur qu'il faut stimuler davantage et de son retour progressif à un maximum d'autonomie.

Concepts :

- Promotion de la santé et de l'autonomie : promotion de l'exercice physique et de la mobilisation, du maintien des capacités.
- Prévention de la perte d'autonomie, des escarres et des complications liées à l'hémiplegie (prévention primaire et tertiaire)
- Éducation-conseil
- Santé globale
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Épidémiologie de l'AVC et de l'hémiplegie, de la dépendance
- Coût des soins et dimension économique de la promotion du maintien à domicile

O8S5 : Situation de prise en soins globale

Dame hémiplegique post AVC vivant en couple. Alitée. Son mari est aidant naturel très impliqué. Ils bénéficient d'une aide-ménagère quotidienne. Prise en charge pour toilette complète au lit, changes, surveillance clinique et prévention des escarres (présence d'un matelas à air). La dame présente une hyperspasticité des membres et des douleurs importantes. En arrivant, l'IDE échange avec le mari sur le déroulement de la nuit et l'efficacité des antalgiques. Ce matin, la dame présente des selles liquides abondantes. L'IDE demande au mari si elle a pris son lactulose la veille et lui conseille de ne plus lui en donner aujourd'hui avant de réévaluer la situation. Il réalise la toilette et installe la dame en l'installant de sorte à prévenir les escarres (utilisation de coussins). Il vérifie le bon fonctionnement du matelas à air.

Concepts :

- Santé globale
- Prévention des complications liées à l'hémiplégie (prévention tertiaire) : escarres, mycoses, constipation, douleurs, spasticité des membres...
- Éducation-conseil
- Politiques de santé : reconnaissance des aidants et droits
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Épidémiologie de l'AVC et de l'hémiplégie, de la dépendance
- Coût des hémiplégies et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile

08S6 : Situation de prise en soins globale

Dame diabétique insulino-dépendante, prise en charge pour dextro et glycémie capillaire 3x/j. Lors du passage de midi, le médecin traitant est présent. L'IDE et lui en profitent pour faire le point sur la situation de la dame : traitement antihypertenseur et diurétique, insuline... Ils font le point sur les prochains examens biologiques et se mettent d'accord pour la réalisation du vaccin anti-grippal et à pneumocoque que le médecin recommande. Ils conviennent également en accord avec la dame de la réalisation de la 3^{ème} dose du vaccin covid-19. S'en suit un échange autour de la vaccination et des réticences de certaines personnes. Ils se mettent d'accord sur les différents RDV. En sortant, l'IDEL et le médecin ont un échange autour de la situation d'un autre patient dont la prise en charge est problématique.

Concepts :

- Santé globale
- Prévention des complications du diabète, de l'hypertension et de l'insuffisance rénale (prévention tertiaire et secondaire). Prévention de la covid 19 et autres maladies infectieuses : vaccination (prévention primaire)
- Coordination interprofessionnelle
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Épidémiologie du diabète, de l'insuffisance rénale, de l'hypertension artérielle et de la covid 19
- Coût des soins et dimension économique de la prévention

08S7 : Situation de prise en soins globale

Monsieur âgé ayant la maladie d'Alzheimer. Prise en charge infirmière pour aide à la douche. Vit en couple. Son épouse est présente et est son principal aidant naturel, mais semble épuisée. Ils échangent sur le déroulement de la journée de la veille et de la matinée, sur la nuit. Il leur demande ce qu'ils ont mangé à midi. Le monsieur ne s'en souvient plus. Sa femme est lasse, elle dit que c'est de pire en pire. Pendant le soin, l'IDE incite le patient à travailler sa mémoire en lui posant des questions sur des faits récents mais aussi sur des faits plus anciens pour ne pas le mettre échec. Ils abordent son métier, son service durant la guerre d'Algérie et les endroits où il a vécu. Il remarque que le patient s'est rasé avant son arrivée, il le félicite.

Concepts :

- Santé globale
- Prévention des troubles cognitifs, de l'épuisement des aidants
- Promotion de la santé et de l'autonomie, du maintien à domicile
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Politiques de santé : plan Alzheimer, santé des aidants, droit et reconnaissance
- Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des complications associées

Coût et financement de la maladie d'Alzheimer

O9S1 : Prise en charge pluriprofessionnelle de l'urgence à domicile

Intervention de l'équipe du SMUR vers 14h auprès d'un homme de 87 ans pour malaise. Appel de l'aide-ménagère qui est aussi la voisine et une amie. A l'arrivée de l'équipe, les pompiers sont déjà sur place avec un VSAV (véhicule de secours et d'assistance aux personnes) et ont commencé le bilan de la situation. Le chef des pompiers fait les transmissions au médecin du SMUR, tandis que l'ambulancier prépare un ECG et l'IDE une VVP et un bilan sanguin. En même temps, l'IDE interroge le patient pour compléter l'examen clinique : qu'est-ce qui s'est passé ? qu'avez-vous ressenti ?... Le patient présente des signes de détresse cardiaque et respiratoire mais plaisante avec les professionnels, l'IDE rentre dans son jeu pour le rassurer. Le médecin et l'IDE mettent ensuite leurs bilans en commun et il est décidé d'un transfert à l'hôpital en VSAV avec surveillance ISP (IDE sapeur pompier) pour un bilan plus large. Après avoir effectué la prescription d'aspirine, l'IDE explique au monsieur la situation et le déroulement de sa prise en charge : il va être transféré au service des urgences pour quelques examens et probablement sera hospitalisé quelques jours. Elle lui demande qui s'occupe de lui, qui prévenir. Elle souhaite savoir s'il faut prendre les clés du domicile ou si quelqu'un sera là pour ouvrir au retour. Un pompier lui présente alors la voisine qui était restée en retrait jusque-là dans la cuisine. Il est convenu qu'elle fera en sorte d'être là à son retour. Elle a déjà préparé un sac avec quelques affaires ainsi que son portefeuille avec la carte vitale.

Avant de partir et pendant que les pompiers effectuent le transfert du patient dans le VSAV, l'IDE donne quelques informations à la voisine sur le déroulement des prochaines heures. Elle s'assure une dernière fois que le retour se fera dans de bonnes conditions. En bas de l'immeuble, elle transmet ces informations aux pompiers.

Durant toute la prise en charge, chaque membre des équipes de pompiers et du SMUR a occupé une place dans la PEC et s'est coordonné de sorte de maximiser le temps et la qualité des informations recueillies pour une prise en charge efficiente de l'urgence.

Concepts :

- Coordination interprofessionnelle, coordination des soins et anticipation sur les parcours
- Conseil-éducation
- Organisation du système de santé : mission des SMUR
- Epidémiologie des recours au SMUR
- Coût des prises en charge par les SMUR

O9S2 : Prise en charge pluriprofessionnelle de l'urgence à domicile

Intervention de l'équipe du SMUR vers 16h pour un homme de 80 ans qui présente une bradycardie. Sur place sont déjà présents 3 sapeurs-pompiers volontaires du village équipés d'un véhicule incendie léger et 10 minutes après l'arrivée du SMUR arriveront encore 3 pompiers dont un ISP de la commune voisine et équipée, elle d'un VSAV. En tout 9 professionnels sont présents.

A son arrivée, l'IDE se présente et interroge le patient tout en réalisant un examen clinique : TA, pulsations, FR, sat, pupilles, réflexes... pendant ce temps, le médecin prend les transmissions des pompiers et interroge la famille. Le patient se plaint de douleurs chroniques,

il porte les séquelles d'un AVP dont il a été victime il y a une dizaine d'années et dont le procès est toujours en cours. Il semble très en colère en abordant de son propre chef ce sujet. Il est paraplégique et est assis dans le monte escalier à l'arrivée des services d'urgence. Il semble surtout très fatigué et irrité. Il présente des signes de déshydratation mais son état cardio respiratoire est correct et l'ECG est normal. Sa famille semble épuisée elle aussi, elle explique qu'il est « mal » depuis 24h mais il est surtout très demandeur et dans la plainte du fait de ses douleurs et de sa fatigue.

La famille explique qu'elle a essayé d'abord de joindre le médecin traitant mais comme celui-ci ne répondait pas, elle a joint le SAMU. L'équipe comprend assez vite que le monsieur vit seul et que sa famille est surtout épuisée et inquiète et qu'elle a grossi le tableau clinique pour s'assurer d'une prise en charge dans un contexte où le médecin traitant ne répondait pas. In fine, l'intervention du SMUR et des pompiers n'était pas nécessaire, un médecin généraliste ou celui du SAMU aurait pu organiser une hospitalisation de courte durée avec un transport en ambulance classique.

Il est décidé de le transporter à l'hôpital pour un bilan plus complet et une hydratation.

Lors du transfert dans le VSAV, l'un des membres de la famille observe la scène et prend conscience qu'il y a beaucoup de soignants. Il le fait remarquer à l'IDE, « tout ce monde pour une personne ! ». L'IDE lui explique alors que ce sont les informations que la famille a transmis au SAMU qui ont motivé la mobilisation de tous ces professionnels et qu'effectivement la situation clinique ne le nécessitait pas. Elle explique qu'ils ont bien fait d'appeler le SAMU puisque le médecin traitant ne répondait pas mais qu'il était important de bien décrire la situation sans la surévaluer pour que ce soit l'équipe adéquate qui intervienne.

Focus

Discussion non enregistrée dans la matinée avec ambulancier + IDE autour des abus du système de santé et notamment des services d'urgence. Sont abordés :

- Les demandes de transport abusifs
- Les motifs de consultations aux urgences abusifs
- Les demandes d'arrêts de travail abusifs
- Les patients qui mettent en avant leurs droits à ... parce qu'ils ont assez cotisé eux...
- Les interventions du SMUR non indispensables
- La T2A en général
- Le manque de citoyenneté en général dans l'usage des services publics et notamment de la santé
- La limite de l'état providence
- Le manque de connaissances / de conscience des personnes en regard des coûts des hospitalisations, des consultations aux urgences, des médicaments ou des transports. Le fait qu'avant le 1/3 payant au moins, les gens avaient conscience des coûts.
- Le manque de prévention et de culture de la prévention en France

Concepts :

- Coordination interprofessionnelle, coordination des soins et anticipation sur les parcours
- Conseil-éducation
- Prévention du mésusage des services de SMUR
- Organisation du système de santé : missions des SMUR
- Epidémiologie des recours au SMUR et du mésusage
- Coût des prises en charge par les SMUR et du mésusage

O10S1 : Situation de prise en soins globale

Dame de 35 ans, présente un syndrome de la queue de cheval suite à un accident du travail et présentant de fortes douleurs traitées par de nombreux antalgiques de différents paliers. Elle est sous anti-dépresseurs et anxiolytiques. Présente une rétention urinaire de type mécanique ou psychosomatique nécessitant des auto-sondages urinaires. Elle ne travaille plus depuis son accident, vit seule à son domicile. Prise en charge par cabinet d'IDE libéral depuis 2 ans pour supervision du traitement, surveillance de la prise et des effets secondaires, sondages urinaires évacuateurs 2 à 3 fois/jour et accompagnement psychologique et social. Est suivie par un psychiatre. Les soins de sondage ont été compliqués à mettre en place au départ, il a fallu gagner la confiance de la dame et mettre en place des rituels et conditions acceptables pour elle. C'est une prise en charge qui nécessite beaucoup de temps.

A son arrivée, l'IDE salue la dame, vérifie les boîtes de stupéfiants, le nombre de cachets pris, le nombre de cachets restants. Nous sommes en période de vaccination, elles échangent sur ce sujet : 3^{ème} dose de vaccination obligatoire pour obtention du pass sanitaire et réouverture des centres de vaccination. Cette dame a eu son injection il y a 2 semaines.

Il y 3 jours, la dame est tombée de sa hauteur alors qu'elle enjambait la glissière de sécurité de la bande d'arrêt d'urgence d'autoroute suite à une panne d'automobile. Elle se plaint de douleurs dans l'épaule et le bras. Suite aux transmissions de sa collègue, l'IDE prend des nouvelles. Elle dit avoir de plus en plus mal. L'IDE lui conseille d'aller voir son médecin traitant pour une prescription de radios et l'examine. Elle fait ensuite le point sur l'efficacité de son traitement antalgique habituel sur ses douleurs traumatiques. Durant les échanges, plaisante avec la patiente, cherche à créer une relation de complicité thérapeutique et valorise sa patiente pour la motiver à être actrice de sa prise en charge. Plaisante mais insiste sur la nécessité d'un bilan radiologique. La patiente lui confie qu'elle a renoué avec un ancien petit ami. L'IDE lui fait remarquer qu'elle s'était promis de ne plus le revoir et la met en garde en lui rappelant la toxicité de leurs rapports pour sa santé par le passé. Plaisante avec elle « attention, ne le laissez pas s'incruster, vous n'arriverez plus à vous en débarrasser après... ».

La patiente s'installe confortablement pour le sondage urinaire, l'IDE est patiente et la laisse prendre son temps et mettre en place le rituel habituel. La dame s'allonge sur le lit, elle place une serviette sur ses yeux et réalise une autohypnose (technique qu'elle a apprise à l'aide d'une psychologue). Une fois qu'elle est prête, l'IDE réalise le sondage urinaire, évalue la quantité d'urine plutôt faible et questionne la patiente sur la quantité de boisson ingurgitée la veille. Elle conseille à la dame de bien boire aujourd'hui et de l'appeler lorsqu'un sondage sera nécessaire.

En partant elle lui rappelle d'aller voir son médecin

Concepts :

- Santé globale
- Prévention des complications liées à la prise d'antalgiques opioïdes et de stupéfiants, de la iatrogénie et du mésusage des médicaments, prévention des infections urinaires, de l'isolement social, des douleurs, de la covid 19 (prévention primaire et tertiaire)
- Promotion de la santé, des liens sociaux, de l'autonomie
- Conseil-éducation

- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Politiques de santé : pass vaccinal
- Épidémiologie et des traumatismes médullaires et du handicap
- Coût des soins et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile

O10S2 : Situation de prise en soin globale

Monsieur de 70 ans atteint de la maladie de Parkinson a un stade avancé. Réalise les transferts du lit au fauteuil et peut faire quelques pas mais a besoin d'être stimulé, encouragé et sécurisé. Il a besoin de beaucoup de temps pour réaliser les gestes de la vie quotidienne et n'adhère aux soins que si on prend son temps. Il vit à son domicile avec sa femme épuisée et qui chuté dernièrement. Elle porte une atèle au bras droit et est en attente d'une intervention chirurgicale. Il avait perdu beaucoup de poids il y a 1 an et bénéficie d'une alimentation entérale la nuit sur une sonde de jéjunostomie double voie. Sur l'autre voie, il a une pompe pour perfusion intra-jéjunale de Duodopa® (Modopar® sur jéjunum en PCA (pompe pour analgésie contrôlée) : dose de charge, débit continu et possibilité de bolus à la demande). Pris en charge par cabinet de soins à domicile pour douche quotidienne et aide dans les actes de la vie quotidienne, gestion de la PCA et de l'alimentation entérale, administration du traitement per os, surveillance de l'alimentation, de l'état cutané, des effets attendus du traitement, des effets secondaires et de l'état général, stimulation, mobilisation, conseil aux aidants... L'objectif des soins est le maintien de l'autonomie et à domicile.

A son arrivée au domicile, l'épouse est au lit. L'IDE ouvre les volets, salue le monsieur, le prévient qu'il va bientôt se lever. Constate qu'il est mal rasé, plaisante avec lui « c'est la grève du rasoir ». Le patient est très endormi, peu communicant. Elle remarque qu'il a les mains froides et lui dit « vos mains sont comme le temps qu'il fait dehors », elle lui explique que l'hiver est arrivé, qu'on sent l'arrivée de la neige. Voyant qu'il est peu réactif, elle décide de le laisser émerger de son sommeil en douceur et de s'occuper de la préparation de la PCA pour tout à l'heure. Elle prépare le traitement oral sur la table ainsi que son petit déjeuner (café, tartines). En effet, son épouse ne peut pas le faire en ce moment et cela lui permet de rester plus longtemps au lit.

Elle débranche la perfusion de nutrition entérale, rince et aide le monsieur à s'asseoir au bord du lit. Elle constate qu'il est très encombré et lui demande de tousser pour évacuer les glaires. Il a du mal à expectorer et montre des signes d'impatience. Elle lui explique qu'elle entend des râles respiratoires « il y a du monde là-dedans » et qu'il est important de les évacuer pour ne pas être malade. Elle lui dit de prendre son temps mais insiste pour qu'il essaie encore d'expectorer. Elle l'encourage en lui frottant le dos vigoureusement. Le monsieur parvient à évacuer quelques crachats. Le lever est difficile, il n'est pas en forme ce matin, elle prend son temps et l'accompagne en fauteuil à la salle de bain. Arrivés à la salle de bain, elle insiste pour qu'il fasse quelques pas pour aller à la douche. Il hésite, elle lui explique que c'est important de se mobiliser au moins un peu. Lors du déshabillage, elle constate qu'il présente un hématome dans le dos, elle lui demande s'il a chuté, il dit que non. Elle décide de voir avec son épouse à midi. Décide de le peser, comme elle ne l'a pas vu depuis une semaine. Il a pris 1 kg, elle le félicite et l'encourage à continuer de manger des cookies. Elle le douche, le sèche, l'habille avec bas de contention et le réinstalle dans son fauteuil roulant. Il présente à nouveau des râles respiratoires, elle l'invite une nouvelle fois à essayer d'expectorer. Elle lui propose de le raser

mais il refuse, elle insiste un peu en plaisantant « vous n'êtes pas de bonne humeur aujourd'hui » mais respecte son souhait et programme le soin au lendemain. Elle réalise le pansement de jéjunostomie et branche la PCA. Elle l'installe à table, lui fait prendre son ttt et le sert après lui avoir protégé la chemise d'une serviette. Avant de partir, réalise des transmissions écrites concernant le poids, elle s'assure que tout va bien, qu'il a tout ce qu'il lui faut et lui dit qu'elle repassera vers midi.

Concepts :

- Santé globale
- Promotion de la santé, de l'exercice physique, de l'autonomie et du maintien à domicile
- Prévention des complications liées à la maladie de Parkinson, prévention de la dénutrition, des pneumopathies, prévention des chutes, de la douleur et prévention de l'épuisement des aidants (prévention primaire et tertiaire)
- Conseil et éducation
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Epidémiologie de la maladie de Parkinson et des complications
- Coût de la prise en charge de la maladie de Parkinson, financement de la dépendance et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile

O10S3 : Situation de prise en soin globale

Dame de 98 ans vivant à son domicile, en maison bi famille avec son fils célibataire ; se mobilise sans difficultés particulières, possède une forme physique impressionnante pour son âge, se balade seule dans son village, se fait à manger et s'occupe elle-même du poêle à bois. Est très malentendante et présente quelques pertes de mémoire. Prise en soins par le cabinet pour stimulation et aide aux soins d'hygiène et surveillance de la prise du traitement et de l'état général. Il y a quelques années, face à son incurie et un syndrome dépressif, sa famille avait envisagé un placement en EHPAD mais la dame y était très opposée et déprimait davantage. Le médecin traitant craignait un syndrome de glissement. Il a organisé la prise en charge infirmière au domicile ainsi que des aides ménagères afin d'assurer son maintien à domicile aussi longtemps que possible. Depuis, elle a retrouvé le moral et ses capacités se maintiennent de façon très satisfaisante.

A son arrivée, l'IDE la salue, la dame lui demande immédiatement quand est-ce qu'elle lui fera sa piqûre. Elle parle de la 3^{ème} dose de vaccination contre la covid 19. L'IDE la rassure, elle a déjà été faite la semaine dernière. Elle essaie de la resituer dans le temps. Elle lui dit qu'aujourd'hui il fait beau mais froid, qu'il faudrait en profiter pour sortir se balader un peu parce qu'après il va neiger et ce sera plus difficile de sortir. Elle lui explique qu'il faudra bien s'habiller pour se protéger du froid. Pour lui parler, il faut bien articuler et se placer face à elle. Le masque empêche une communication efficace, c'est un problème avec beaucoup de personnes âgées en cette période de pandémie. Ensuite, elle prépare la bassine et les affaires de toilette et l'aide à se déshabiller. Elle savonne le gant, le rince mais laisse la dame faire sa toilette en la guidant. Lors de la toilette intime, elle se place dans la pièce à côté, car la dame est très pudique. Une fois habillée, elle lui place les bas de contention, la coiffe et range le matériel. Elle lui rappelle de ne pas oublier ses médicaments et fait des transmissions écrites.

Concepts :

- Santé globale
- Promotion de la santé, de l'activité physique, de l'autonomie et du maintien à domicile
- Prévention de l'isolement, de l'incurie, de la dépression, de l'inobservance des traitements
- Conseil-éducation
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Epidémiologie du grand âge
- Coût et financement de la dépendance liée à l'âge et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile

010S4 : Situation de prise en soins globale

Dame 68 ans présentant un cancer du poumon en stade terminal. Prise en charge par le cabinet dans le cadre de soins palliatifs en coordination avec le réseau de soins palliatifs et son oncologue. Patiente en échappement thérapeutique, dernier protocole inefficace et épuisant pour elle. Se mobilise seule et est autonome pour les actes de la vie quotidienne mais est épuisée et très algique. Son traitement est en cours de réévaluation et de réadaptation. Elle vient d'être mise sous Pefend®bouffées en plus de son traitement habituel (Durogésic patch®, Actiskénan® et paracétamol). Elle est très nauséuse et est sous Vogalène®, Motilium® et Zophren®. La dame est très au clair avec son diagnostic, ainsi que sa famille très présente. Ses enfants vivent juste à côté. Sa famille la stimule énormément à manger, ils ont un rapport assez particulier à la nourriture, symbole de force et de santé. La dame partage cette culture mais ne parvient plus à s'alimenter du fait des traitements et se plaint de cette stimulation.

A son arrivée, l'IDE la salue, la fille est présente, prend des nouvelles de la nuit. La dame est particulièrement algique, elle réalise une EN. La dame explique qu'elle a mal dormi, qu'elle avait des nausées et a pris du Zophren®. L'IDE lui explique que le Zophren® est à prendre en cas de vomissements mais qu'il faut en première intention prendre plutôt du Vogalène®. Concernant les douleurs, elle lui explique qu'on vient de mettre en place un nouveau traitement qu'elle allait lui expliquer et tester justement ce matin. Elle fait le point sur les antalgiques déjà pris et les heures.

Elle lui fournit les explications sur le Pefend®, le principe (bouffées), prépare la première dose et lui montre comment procéder pour déclencher une bouffée. Elle lui explique que c'est à prendre uniquement en cas de douleurs intenses invalidantes si les autres traitements sont inefficaces. Elle lui explique combien il y a de doses par flacon et qu'elle ne doit pas s'inquiéter d'économiser si elle en a besoin.

Après l'avoir invitée à s'installer à table pour prendre son traitement qu'elle lui prépare, elle demande à la fille de préparer un grand verre d'eau. La dame demande des glaçons dans son verre. L'IDE lui déconseille de prendre des glaçons étant donné ses maux de ventre et de prendre plutôt des tisanes tièdes. Elle lui explique que ce sera mieux toléré par ses intestins. Elle en profite pour lui rappeler qu'il est très important de boire. Qu'elle ne doit pas se forcer à manger mais qu'il faut boire. Elle insiste auprès de la fille à propos de ce point et lui redit qu'il ne faut surtout pas la forcer à manger si elle n'en ressent pas l'envie.

La patiente exprime sa volonté d'interrompre le traitement, elle en a assez de souffrir et a l'impression d'être un cobaye. L'IDE lui explique que les traitements traditionnels ne sont pas efficaces et que c'est pour ça que lui sont proposés des essais mais que son oncologue fait vraiment tout pour essayer de traiter son cancer sans qu'elle ne soit un cobaye. Elle lui demande si elle a bien réfléchi et si elle en a parlé avec sa famille. Elle répond que la décision est récente, mais qu'elle est prise et qu'elle en a déjà discuté un peu. Elle souhaite « mourir en paix ». L'IDE lui dit que quelle que soit sa décision, elle la soutiendrait et serait là pour l'accompagner.

La patiente montre des signes de douleurs, elle veut se recoucher. L'IDE constate qu'elle ne prend pas son Dafalgan® de façon systématique, elle lui explique l'importance d'avoir une couverture et de ne pas attendre que les douleurs s'installent pour les prendre. L'IDE lui propose de tester une bouffée de Pefend® et d'aller se mettre au lit. Elle lui explique qu'elle reviendra en fin de matinée pour réévaluer les douleurs et l'efficacité du traitement. La fille et la dame sont soulagées. Habituellement l'IDE ne vient pas le midi mais un passage va être mis en place.

Lors du 2^{ème} passage à midi, la dame est dans son lit, détendue, non algique, elle se dit apaisée et très satisfaite du Pefend®. L'IDE lui explique qu'elle ne devra en reprendre qu'en cas de retour de fortes douleurs et vérifie qu'il n'y ait pas eu d'autre dose prise depuis la première.

Concepts

- Santé globale
- Soins palliatifs, prévention quaternaire, prévention d'une surmédicalisation et surstimulation par la famille
- Prévention des effets secondaires des traitements opiacés et de chimiothérapie, prévention des douleurs (prévention tertiaire)
- Promotion du bien être
- Conseil-éducation
- Politiques de santé : plan cancer, lois sur la fin de vie et directives anticipées
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Coordination interprofessionnelle et réseaux de soins
- Epidémiologie du cancer
- Coût du cancer et impact économique de la prévention

010S5 : Situation de prise en soin globale

Homme 68 ans, ayant subi un AVC massif avec hémiplégie, et antécédant de cancer de la vessie ayant nécessité la réalisation d'une vessie de Bricker. Est porteur d'un sac collecteur d'urine. Il est incontinent fécal et porte des changes complets. Présente actuellement une BMR dans les urines qui a nécessité la mise en place la veille d'un traitement antibiotique et des précautions complémentaires de type contact. Il est diabétique de type 2. Il a un bon contact, est jovial. Il vit au domicile avec son épouse très impliquée dans les soins à son mari. Elle est hyperactive et ne se repose pas assez. Elle cuisine énormément pour lui. Est pris en charge par cabinet de soins pour toilette complète au lit, habillage, préparation des traitements et surveillance de l'état général, gestion de la sonde urinaire et surveillance clinique, et surveillance de la glycémie. Ce matin, il doit avoir une prise de sang prescrite par le médecin traitant.

A son arrivée, l'IDE le salue ainsi que sa femme présente. Elles font le point sur les prescriptions d'antibiotiques et les stocks déjà livrés par la pharmacie. L'IDE explique à la dame qu'elle a rapporté 2 blouses car le monsieur présente un germe résistant et qu'il faut s'en protéger, les soignants comme elle-même. Elle explique le principe : port de gants, blouses si contact étroit avec le patient et lavage des mains. Pour toute la famille, et elle doit en informer le kiné. Elle lui explique qu'il faudra se procurer d'autres blouses en pharmacie. La dame va s'en charger dans la matinée car elle doit de toute façon aller chercher le reste de médicaments. Elle prend ensuite des nouvelles de la nuit. L'épouse explique qu'il a eu des diarrhées la veille au soir et qu'il a des douleurs. L'IDE leur explique que les diarrhées sont liées aux ATB. Elle lui conseille de le faire boire et de surveiller la quantité de selles, si elles deviennent trop importantes, elle fera prescrire un médicament.

Après s'être habillée, elle réalise la prise de sang. L'épouse propose de déposer le bilan au laboratoire en allant à la pharmacie, elle remplit et signe les bons et les lui remet.

Elle réalise la toilette tout en discutant avec le monsieur, elle plaisante avec lui, l'invite à discuter. Ils parlent de balades en chiens de traîneaux, de l'approche de Noël et des cadeaux... Le soin se passe dans la bonne humeur même si le monsieur est de mauvaise humeur parce qu'il a passé une mauvaise nuit et que les ATB le gênent. Elle purge le sac d'urines, l'habille et le lève à l'aide du verticalisateur pour l'installer dans son fauteuil roulant où elle lui place les bas de contention.

Avant de partir, s'assure que l'épouse ait bien compris toutes les consignes.

Concepts

- Santé globale
- Promotion de la santé, de l'autonomie, du bien être et du maintien à domicile
- Prévention des complications liées à l'hémiplégie, des infections afférentes aux soins et de la transmission manuportée des BMR, prévention de la déshydratation et des effets secondaires des antibiotiques, prévention de l'épuisement des aidants, prévention des escarres et des complications liées au diabète (prévention primaire, tertiaire)
- Instances et qualité : recommandations de bonne pratique
- Politiques de santé : reconnaissance et droits des aidants
- Conseil-éducation
- Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile
- Epidémiologie de l'AVC, de l'hémiplégie et des complications, épidémiologie du diabète et des BMR
- Coût des AVC et de l'hémiplégie et dimension économique du maintien à domicile

Tableaux résumant les situations pour chaque observation

Situations repérées pour O1		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O1S1 Prévention	Résidente en EHPAD, diabétique présentant des troubles de la déglutition en période de canicule	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention des pneumopathies d'inhalation, de la déshydratation, des complications liées au diabète (prévention primaire, tertiaire) - Promotion de l'activité physique et du bien-être - Conseil - éducation à la santé - Organisation du système de santé : missions des EHPAD - Politiques de santé : plan canicule - Epidémiologie des troubles de la déglutition et des pneumopathies d'inhalation, de la dépendance, de la déshydratation et du diabète - Coût et financement de la dépendance, des maladies chroniques
O1S2 Prévention	Résidente en EHPAD, grabataire, alitée présentant des signes cliniques de la covid 19 en période de canicule	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention des escarres, de la déshydratation, de la propagation du coronavirus ou de ses complications, des infections nosocomiales (prévention primaire, secondaire, tertiaire) - Organisation du système de santé : missions des EHPAD - Politiques de santé : plan canicule - Epidémiologie de la covid 19 chez la PA, épidémiologie de la dépendance, des escarres, de la déshydratation, des infections nosocomiales - Coût de la pandémie, des escarres, de la déshydratation... et financement - Formation et information du personnel non médical

Tableau 5a : Situations repérées pour O1

Situation repérée pour O2		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O2S1 Promotion de la santé et de l'autonomie	Monsieur âgé diabétique en hébergement temporaire dans un EHPAD en période de canicule	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de la santé et de l'autonomie (promotion de l'activité physique, d'un environnement de vie sain, de l'hygiène corporelle...) - Prévention de la déshydratation (prévention primaire) - Information-conseil-éducation - Organisation du système de santé : missions des EHPAD - Politique de santé : plan canicule - Epidémiologie du diabète, de la déshydratation, des chutes et des fractures du col du fémur, de la dépendance - Coût du diabète, de la déshydratation, des chutes et financement

Tableau 5b : Situations repérées pour O2

Situations repérées pour O3		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O3S1 Prévention	Monsieur âgé hospitalisé en médecine pour suspicion d'infection urinaire en période de pandémie et de canicule. Présente une anxiété importante	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention des risques associés aux soins (prévention des accidents d'identitovigilance, prévention des infections nosocomiales), prévention de la propagation du coronavirus, prévention de l'angoisse (prévention primaire) - Organisation du système de santé : missions d'un service de médecine - Epidémiologie des infections urinaires, des accidents d'identitovigilance - Economie de la santé : prévention du gaspillage et coût des soins, dimension économique de la prévention de l'angoisse - Qualité, bonnes pratiques - Formation des professionnels de santé : missions du service public
O3S2 Prévention	Dame âgée hospitalisée en médecine pour AEG suite à une chute à domicile. Traitement antalgique de palier 2	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention des chutes, de la douleur, prévention des effets secondaires et du surdosage des antalgiques opioïdes (prévention primaire, tertiaire) - Promotion de l'autonomie - Organisation du système de santé : missions d'un service de médecine - Formation des professionnels de santé : mission du service public - Epidémiologie des chutes, de la iatrogénie en lien avec les opioïdes chez la PA - Coût des chutes, des médicaments et financement
O3S3 Prévention	Dame âgée hospitalisée pour suites d'un AVC. Présente une hémiplégie et des douleurs importantes. Traitement antalgique de palier 2	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention de la douleur, des complications liées à l'usage d'antalgiques de palier 2, de l'automédication, de la iatrogénie, des accidents professionnels (prévention primaire, tertiaire) - Éducation à la santé : information et conseils sur l'usage des antalgiques et l'automédication, sur les bienfaits de l'exercice physique - Promotion de l'autonomie - Organisation du système de santé : missions d'un service de médecine - Formation des professionnels de santé : mission du service public - Epidémiologie de l'AVC, de l'automédication - Coût des soins liés aux AVC et dimension économique de la prévention des AVC et de la promotion de la santé, coût de l'automédication
O3S4 Prévention	Tournée de distribution des médicaments de midi en médecine et en période d'application du plan canicule	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention de la déshydratation, de la dénutrition, de la iatrogénie (prévention primaire, tertiaire) - Information – conseil, éducation à la santé - Organisation du système de santé : missions d'un service de médecine - Formation des professionnels de santé : mission du service public - Politiques de santé : plan canicule - Epidémiologie de la iatrogénie, de la déshydratation et de la dénutrition - Coût de la iatrogénie, dimension économique de la prévention - Qualité, bonnes pratiques

Tableau 5c : Situations repérées pour O3

Situations repérées pour O4		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O4S1 Prévention	Dame atteinte d'un cancer du sein avancé sous chimiothérapie et présentant de fortes douleurs traitées par morphiniques. Accueillie en hôpital de jour de soins de supports oncologiques avec sa fille pour réévaluation du traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention des complications liées au cancer, à la chimiothérapie et à la prise d'analgésiques morphiniques, prévention du mésusage des morphiniques (prévention tertiaire, quaternaire) - Promotion du bien-être : spécificité des soins de support - Conseil- Éducation - Organisation du système de santé : missions des instituts de cancérologie et des services de soins de support - Santé globale : bien-être physique, psychologique, environnement, entourage, aidants... - Politiques de santé : plan cancer - Epidémiologie : prévalence du cancer du sein, plan cancer - Impact économique du cancer, dimension économique de la prévention et des soins de support, du dépistage précoce... prise en charge financière du cancer : concept d'ALD
O4S2 Prise en soins globale	Monsieur atteint d'un cancer de l'œsophage admis en hôpital de jour de soins de supports oncologiques pour réévaluation de l'état nutritionnel et annonce des premiers résultats du traitement anticancéreux. Monsieur très angoissé qui présente des signes de dépression	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale et prise en soins interdisciplinaire : santé physique, santé psychologique, santé des aidants : objectif des soins de support - Prévention tertiaire : prévention de la dénutrition, des effets secondaires à la chimiothérapie et à la radiothérapie, des traitements opioïdes, de la iatrogénie, des infections afférentes aux soins, de la fonte musculaire, de l'angoisse. Prévention primaire : prévention de l'épuisement des aidants - Conseil-éducation - Politiques de santé, droits des patients, plan cancer, consultation d'annonce... - Organisation du système de santé : missions des instituts de cancérologie et des services de soins de support - Epidémiologie : prévalence du cancer de l'œsophage et des complications - Interdisciplinarité

Tableau 5d : Situations repérées pour O4

Situations repérées pour O5		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O5S1 Conseil-éducation	Prise en charge aux urgences d'une dame pour brûlure au visage et au bras suite à un accident domestique la veille	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil et éducation : gestes d'urgence en cas de brûlures et bon usage des services de santé, éducation pour l'autonomie dans les soins - Prévention des accidents domestiques (prévention primaire), des complications liées aux brûlures (prévention tertiaire) - Organisation du système de santé : missions des services d'urgence - Epidémiologie des brûlures, des consultations aux urgences - Financement et économie des services d'urgence, dimension économique des soins éducatifs et préventifs
O5S2 Conseil-éducation	Jeune femme prise en charge aux urgences pour plaie inflammatoire du genou suite à une chute à vélo la veille.	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil-éducation en rapport avec les soins de plaie, l'usage des services d'urgence et la prescription d'arrêts de travail ; éducation à la citoyenneté et à l'usage des services publics - Prévention des infections par le tétanos (prévention secondaire : test de couverture vaccinale et orientation vers le médecin traitant), des infections liées aux plaies traumatiques (prévention tertiaire), de la douleur ou de la douleur associée aux soins (prévention primaire ou tertiaire), prévention des abus et du gaspillage (prévention primaire) - Politiques de santé : lois sur la vaccination obligatoire - Organisation du système de santé : missions des services d'urgence - Epidémiologie des accidents à vélo, des consultations aux urgences pour traumatisme, épidémiologie du tétanos - Economie de la santé et dépenses inutiles, financement et équilibre de la sécurité sociale
O5S3 Conseil-éducation	Enfant consultant aux urgences avec sa maman pour fracture lors d'un match de football	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils et éducation autour des vigilances et surveillances après mise en place d'un plâtre - Prévention des complications liées aux plâtres (prévention tertiaire), du mésusage des jeux vidéo (prévention primaire) et des violences faites aux enfants (prévention secondaire) - Promotion de la santé et du bien être - Organisation du système de santé : missions des services d'urgence - Epidémiologie : prévalence des accidents domestiques et des fractures accidentelles chez l'enfant - Economie de la santé : coût des hospitalisations en urgences pour fractures chez l'enfant
O5S4 Conseil-éducation	Jeune femme consultant l'IDE des urgences pour retrait d'une tique contractée lors d'une balade	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil éducation autour de la surveillance et la conduite à tenir après morsure de tique et des moyens de prévenir les morsures - Prévention de la maladie de Lyme : prévention primaire et secondaire (dépistage des signes de contamination et sérologie à distance) - Organisation du système de santé : missions des services d'urgence - Politiques de santé et priorité sanitaire plan prévention et maladie de Lyme - Epidémiologie, prévalence de la maladie de Lyme - Impact économique et reconnaissance de la maladie de Lyme

Tableau 5e : Situations repérées pour O5

Situations repérées pour O6		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O6S1 Prise en soins globale	Monsieur polyhandicapé vivant en foyer pour travailleur handicapé pris en charge sur son lieu de vie pour soins d'hygiène et surveillance globale de l'état de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention des douleurs, des complications liées au diabète et au polyhandicap, des infections, des escarres - Promotion de la santé : promotion d'une bonne hygiène de l'environnement, alimentaire et corporelle, promotion de l'activité physique et sociale - Éducation à la santé - Organisation sanitaire et sociale, missions de services accueillant des personnes en situation de handicap - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Épidémiologie du handicap - Coût et prise en charge financière du handicap, dimension économique du maintien à domicile ou en structure non médicalisée
O6S2 Prise en soins globale	Dame obèse, diabétique et épileptique prise en soin pour soins de brûlure suite à un accident domestique lors d'une crise d'épilepsie et surveillance infirmière globale en situation de précarité sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention de la douleur, des complications liées au brûlures, au diabète, des accidents domestiques (prévention tertiaire, secondaire, primaire) - Conseils éducation pour prévenir la dénutrition et les troubles de la cicatrisation, les accidents domestiques - Promotion de la santé - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Épidémiologie de l'obésité, du diabète, du lymphœdème, de l'épilepsie... - Coût des maladies chroniques et dimension économique de la prévention
O6S3 Prise en soins globale	Monsieur polyhandicapé diabétique porteur d'un cystocath et vivant dans un foyer d'hébergement pour travailleur handicapé. Pris en charge sur le lieu de vie pour soins de cystocath et d'hygiène et surveillance IDE	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention des infections, des complications liées au diabète et au handicap - Promotion de la santé physique et des liens sociaux - Conseil-éducation - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Épidémiologie du handicap, du diabète - Politiques sociales - Coût et financement du handicap et du maintien à domicile ou en structure non médicalisée
O6S4 Conseil-éducation	Monsieur pris en charge à son domicile pour prise en charge d'un kyste sacro-coccygien	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil éducation sur l'usage des informations disponibles sur le net/littérature en santé ; conseil éducation en lien avec le sommeil, l'élimination - Prévention du mésusage d'internet, prévention des complications chirurgicales, de l'angoisse et des troubles du sommeil - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Épidémiologie des kystes sacro-coccygiens, du mésusage de l'information médicale - Dimension économique de la prévention et des soins éducatifs

Tableau 5f : Situations repérées pour O6

Situations repérées pour O7		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O7S1 Prise en soins globale	Dame âgée grabataire atteinte de la maladie d'Alzheimer, prise en charge à domicile dans le cadre de soins d'hygiène et d'un suivi global de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention de la constipation, de la déshydratation, des mycoses, des escarres (prévention primaire) - Conseil- éducation - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Politiques de santé : reconnaissance des aidants - Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer - Economie de la santé : dimension économique du maintien à domicile et place des aidants
O7S2 Prise en soins globale	Monsieur diabétique pris en charge à son domicile pour accompagnement dans la gestion de son diabète et de sa santé	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention des complications liées au diabète (prévention tertiaire) - Promotion de la santé et de l'activité physique - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Epidémiologie du diabète et des complications - Coût du diabète et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile
O7S3 Conseil-éducation	Monsieur diabétique, insuffisant rénal pris en charge par un cabinet de soins infirmiers pour dialyse péritonéale et soins éducatifs	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil-éducation / ETP en regard des soins de dialyse péritonéale et de l'hygiène rigoureuse qu'ils imposent, des complications liées au diabète et à l'insuffisance rénale - Prévention tertiaire : complications liées au diabète, à l'insuffisance rénale et à la dialyse péritonéale - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Politiques de santé : promotion de l'ETP - Collaboration ville-hôpital, réseaux de santé - Epidémiologie du diabète, de l'insuffisance rénale des traitements par dialyse péritonéale - Coût des soins et dimension économique de la prévention et de l'ETP
O7S4 Prise en soins globale	Monsieur atteint d'un cancer en stade terminal pris en charge au domicile de son fils pour soins d'hygiène et accompagnement des aidants familiaux. Le monsieur d'origine marocaine ne parle pas français	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention quaternaire (dénutrition, inconfort, douleur), soins palliatifs - Promotion de la dignité dans la fin de vie - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Politiques de santé : lois sur la fin de vie et les soins palliatifs - Epidémiologie du cancer et de l'usage des soins palliatifs - Coût du cancer et dimension économique des soins à domicile et de la prévention quaternaire

Tableau 5g : Situations repérées pour O7

Situations repérées pour O8		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O8S1 Prise en soins globale	Dame vivant dans une résidence sénior prise en charge par un cabinet de soins infirmiers à domicile pour accompagnement dans les soins quotidiens et surveillance globale de l'état de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention de la propagation de la covid 19 (prévention secondaire et primaire), prévention du mésusage et de l'inobservance des médicaments et des effets secondaires des antibiotiques, prévention des infections de plaies chroniques - Promotion de la santé et de l'autonomie, du maintien à domicile - Conseil-éducation concernant les traitements, les symptômes - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Politiques de santé : pass vaccinal pour la covid 19 et traçabilité pour la veille sanitaire - Epidémiologie de la covid 19 et de la vieillesse - Coût des soins et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile
O8S2 Prise en soins globale	Dame obèse et âgée prise en soins à son domicile pour accompagnement dans les soins d'hygiène et surveillance globale de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention des lombalgies, prévention des chutes, prévention des troubles de la mobilité physique (prévention primaire). Prévention de la covid 19 et vaccination (prévention primaire) - Promotion de la santé et de l'activité physique - Conseil-éducation - Organisation du système de santé : missions de services de soins à domicile - Epidémiologie des chutes, des lombalgies, de la covid 19 - Coût des maladies chroniques et dimension économique de la prévention
O8S3 Conseil-éducation	Dame prise en soins à son domicile pour volumineuse plaie et hématome du membre inférieur suite à une chute en sortant de son véhicule.	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil-éducation pour la prise en charge et la prévention de la douleur - Prévention de la douleur (primaire ou tertiaire) - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Epidémiologie des accidents domestiques - Coût des soins à domicile et dimension économique des soins préventifs et éducatifs
O8S4 Promotion de la santé et de l'autonomie	Monsieur pris en charge par un cabinet de soins infirmiers à domicile pour soins d'hygiène et de confort et accompagnement global dans le cadre d'une hémiplégié suite à un AVC	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de la santé et de l'autonomie : promotion de l'exercice physique et de la mobilisation, du maintien des capacités. - Prévention de la perte d'autonomie, des escarres et des complications liées à l'hémiplégié (prévention primaire et tertiaire) - Éducation-conseil - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Epidémiologie de l'AVC et de l'hémiplégié, de la dépendance - Coût des soins et dimension économique de la promotion du maintien à domicile
O8S5 Prise en soins globale	Dame âgée hémiplégié et grabataire suite à un AVC, prise en soins pour soins d'hygiène et	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention des complications liées à l'hémiplégié (prévention tertiaire) : escarres, mycoses, constipation, douleurs, spasticité des membres... - Éducation-conseil - Politiques de santé : reconnaissances des aidants et droits

	surveillance globale de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Epidémiologie de l'AVC et de l'hémiplégie, de la dépendance - Coût des hémiplégies et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile
O8S6 Prise en soins globale	Dame âgée diabétique, hypertendue et insuffisance rénale suivie à son domicile pour accompagnement dans la gestion de la maladie chronique	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention des complications du diabète, de l'hypertension et de l'insuffisance rénale (prévention tertiaire et secondaire). Prévention de la covid 19 et autres maladies infectieuses : vaccination (prévention primaire) - Coordination interprofessionnelle - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Epidémiologie du diabète, de l'insuffisance rénale, de l'hypertension artérielle et de la covid 19 - Coût des soins et dimension économique de la prévention
O8S7 Prise en soins globale	Monsieur atteint de la maladie d'Alzheimer, pris en charge à son domicile par un IDE libéral pour aide à la douche et surveillance globale de l'état de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention des troubles cognitifs, de l'épuisement des aidants - Promotion de la santé et de l'autonomie, du maintien à domicile - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Politiques de santé : plan Alzheimer, santé des aidants, droit et reconnaissance - Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des complications associées - Coût et financement de la maladie d'Alzheimer

Tableau 5h : Situations repérées pour O8

Situations repérées pour O9		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O9S1 Prise en charge pluriprofessionnelle de l'urgence à domicile	Monsieur âgé pris en charge par une équipe du SMUR pour malaise à son domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination interprofessionnelle, coordination des soins et anticipation sur les parcours - Conseil-éducation - Organisation du système de santé : missions des SMUR - Epidémiologie des recours au SMUR - Coût des prises en charge par les SMUR
O9S2 Prise en charge pluriprofessionnelle de l'urgence à domicile	Monsieur pris en charge par les équipes du SMUR pour bradycardie à son domicile. La famille est épuisée et angoissée mais l'intervention du SMUR n'est pas nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination interprofessionnelle, coordination des soins et anticipation sur les parcours - Conseil-éducation - Prévention du mésusage des services de SMUR - Organisation du système de santé : missions des SMUR - Epidémiologie des recours au SMUR et du mésusage - Coût des prises en charge par les SMUR et du mésusage

Tableau 5i : Situations repérées pour O9

Situations repérées pour O10		
Situation et thème	Résumé de la situation	Concepts associés
O10S1 Prise en soins globale	Dame prise en soins à son domicile par une IDE libérale pour suivi de troubles anxieux et du traitement stupéfiant et troubles sphinctériens en lien avec un traumatisme médullaire suite à un accident du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Prévention des complications liées à la prise d'antalgiques opioïdes et de stupéfiants, de la iatrogénie et du mésusage des médicaments, prévention des infections urinaires, de l'isolement social, des douleurs, de la covid 19 (prévention primaire et tertiaire) - Promotion de la santé, des liens sociaux, de l'autonomie - Conseil-éducation - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Politiques de santé : pass vaccinal - Epidémiologie des traumatismes médullaires et du handicap - Coût des soins et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile
O10S2 Prise en soins globale	Monsieur âgé atteint de la maladie de Parkinson pris en charge à domicile pour soins d'hygiène, maintien de l'autonomie et accompagnement de l'aidant	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Promotion de la santé, de l'exercice physique, de l'autonomie et du maintien à domicile - Prévention des complications liées à la maladie de Parkinson, prévention de la dénutrition, des pneumopathies, prévention des chutes, de la douleur et prévention de l'épuisement des aidants (prévention primaire et tertiaire) – conseil/éducation - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Epidémiologie de la maladie de Parkinson et des complications - Coût de la prise en charge de la maladie de Parkinson, financement de la dépendance et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile
O10S3 Prise en soins globale	Dame âgée vivant à son domicile et suivie par une IDE libérale pour accompagnement dans les soins d'hygiène et promotion de la santé et du maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Promotion de la santé, de l'activité physique, de l'autonomie et du maintien à domicile - Prévention de l'isolement, de l'incurie, de la dépression, de l'inobservance des traitements - Conseil-éducation - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Epidémiologie du grand âge - Coût et financement de la dépendance liée à l'âge et dimension économique de la prévention et du maintien à domicile
O10S4 Prise en soins globale	Dame atteinte d'un cancer du poumon prise en charge par une IDE libérale dans le cadre de soins palliatifs en coordination avec le réseau de soins palliatifs du secteur	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Soins palliatifs, prévention quaternaire, prévention d'une surmédicalisation et surstimulation par la famille - Prévention des effets secondaires des traitements opiacés et de chimiothérapie, prévention des douleurs (prévention tertiaire) - Promotion du bien être - Conseil-éducation - Politiques de santé : plan cancer, lois sur la fin de vie et directives anticipées - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Coordination interprofessionnelle et réseaux de soins - Epidémiologie du cancer - Coût du cancer et impact économique de la prévention

<p>O10S5 Prise en soins globale</p>	<p>Monsieur hémiparétique des suites d'un AVC, pris en charge à son domicile pour accompagnement dans la gestion de sa maladie et de son handicap et présentant actuellement une infection à BMR dans les urines</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Santé globale - Promotion de la santé, de l'autonomie, du bien être et du maintien à domicile - Prévention des complications liées à l'hémiparésie, des infections afférentes aux soins et de la transmission manportée des BMR, prévention de la déshydratation et des effets secondaires des antibiotiques, prévention de l'épuisement des aidants, prévention des escarres et des complications liées au diabète (prévention primaire, tertiaire) - Instances et qualité : recommandations de bonne pratique - Politiques de santé : reconnaissance et droits des aidants - Conseil-éducation - Organisation du système de santé : missions des services de soins à domicile - Epidémiologie de l'AVC, de l'hémiparésie et des complications, épidémiologie du diabète et des BMR - Coût des AVC et de l'hémiparésie et dimension économique du maintien à domicile
---	--	--

Tableau 5j : Situations repérées pour O10

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Conceptions professionnelles										
Conceptions de la santé										
Difficultés pour mettre en mots les conceptions de la santé	1.25	1.18		1.32	1.22			1.50	1.20	
Référence à la définition de l'OMS pour définir la santé	1.28-29	1.18-19		1.34						
Référence à la santé comme domaine professionnel						1.16		1.50-52	1.20-21	
Vision globale de la santé/Etat d'équilibre/possibilité de répondre à ses besoins	1.30-32	1.22-25	1.24-27	1.34-39			1.18-19		1.23-25	1.38-42
Référence à sa préciosité				1.33						
Référence à la dimension individuelle	1.32-33									
Vision biomédicale					1.25	1.26-29				
Conceptions du soin										
Difficultés pour mettre en mots les conceptions du soin	1.35 ; 1.38-40		1.29	1.41 ; 1.49-51						
Conception globale du soin	1.40 1.42-43	1.34-38	1.29-33	1.45-51		1.34-38	1.20	1.56-57	1.30-31	1.50-54
Vision curative du soin					1.20-23 1.27-28 1.31-34					
Référence à la dimension éducative du soin						1.36			1.31-33	1.58-60
Référence à la dimension relationnelle du soin				1.51-57		1.42-45		1.59		1.50
Le soin vise à pallier à une déficience ou à répondre à un besoin perturbé	1.45	1.29-30	1.34-35	1.41-44		1.34	1.20	1.57		1.48-49 1.50
Conceptions de la compétence infirmière										
Bonnes pratiques, connaissances mises à jour, qualité						1.88-90	1.52-54	1.41-42 1.47	1.296-300	1.30-32 1.108-110

										1.122-123 1.394-396 1.415-417
Savoir être, communication							1.45-47 1.56	1.70-71	1.49-51	1.118-119 1.126-129
Honnêteté, fiabilité							1.49-50	1.69	1.62	
Sens de l'organisation et des priorités	1.195-198	1.204-207 1.209-211 1.225-236 1.248							1.58-59	
Réflexivité/sens des soins				1.145-149	1.147-155					1.110-111
Observation clinique globale/à l'écoute des besoins	1.198-201		1.176-197			1.86-87		1.69		
Pédagogie						1.89-104			1.442-459	
Valeurs professionnelles										
Valeurs identifiées										
Réflexivité		1.156-160	1.407-408	1.149-159	1.154	1.213				1.175 1.186-190
Ecoute			1.38-42	1.63-66		1.58				1.28
Honnêteté			1.184-185		1.151-153		1.49	1.61	1.111-112	
Respect			1.345				1.53-54		1.35 1.392	
Accompagnement				1.66		1.140			1.271	
Qualité		1.45					1.21			1.12, 1.32 1.120-121
Equipe	1.48-52								1.434-435	
Sympathie						1.59		1.69		
Empathie						1.59				1.29

Humilité			1.185						1.37	
Adaptabilité	1.238								1.36	
Bienveillance			1.18							1.28
Compétence			1.181 -185							1.30
Humanité			1.429							
Engagement	1.49									
Ethique							1.21			
Confidentialité							1.21			
Compassion								1.61		
Fiabilité								1.61		
Mise en œuvre des valeurs										
Travaillent en adéquation avec ses valeurs	1.48-55	1.34-38	1.39-44	1.60-66	1.31	1.65-66	1.24-26	1.64	1.39	1.69-70 1.131-137
Les freins à la mise en œuvre des valeurs										
Temps	1.301-305	1.43		1.63						
Le temps n'est pas une excuse				1.63						1.89-95 1.100-105
Valeurs non partagées dans l'équipe. Absence de réflexivité	1.58-65									1.126
Manque de motivation	1.167	1.122-123								
Aspects administratifs du travail			1.39			1.70				
Usure/conflits	1.169-171									
Manque de moyens		1.42								
Manque de formation		1.43								
Hiérarchie						1.72				
Agressivité des patients									1.41-42	
Limite environnementale du domicile							1.28-41			1.71-85
Le domicile comme facilitateur pour mettre les valeurs en œuvre						1.65-66 1.80-81				1.22-25 1.70
Particularité des soins palliatifs										1.157-168

Représentations professionnelles										
Représentations de la santé publique										
Difficultés à définir la SP	1.72-74	1.50			1.36-37					
Savoirs et domaines associés										
Prévention	1.77-81			1.74-75 1.125		1.139	1.76	1.92	1.119-124	
Éducation			1.66	1.82 1.127	1.37-39	1.146 -147			1.121 1.132-135	1.56-61 1.330-336
Promotion de la santé	1.86-87					1.133 -135	1.75	1.88-91		
Politiques de santé	1.75-76	1.59-60	1.52-54							1.223
Dimension collective de la santé publique		1.53-60		1.69-71		1.133 -134				1.493 1.518
Collaboration, réseau, filière		1.51-52 1.291-292	1.67					1.100 -113		1.437-443
Discipline				1.68						1.208-210
SP et soins infirmiers										
La SP est une mission infirmière	1.86-88	1.65-75	1.58-59	1.77	1.43-45	1.146	1.84	1.96-97 1.107-109	1.137-142	1.232-236
Les représentations associées à l'économie de la santé										
Difficultés à définir l'économie de la santé	1.92		1.94	1.93-95			1.95			
ES associée au coût des soins	1.93	1.85-86	1.109-115	1.98-102	1.67-68	1.151-152	1.98-100	1.133-136 1.141-142	1.169 1.171	1.248-249
Vision négative/ à l'encontre des valeurs		1.97-104	1.96-112 1.137-140							
Référence à la dimension économique de la prévention		1.87-89 1.114-117	1.122-135	1.104-108	1.62-68	1.153-155 1.166-173	1.101-107	1.138-142	1.168-189	1.255-273
Référence à la prévention du gaspillage/des abus						1.337 1.346-349	1.104 -120		1.151-161 1.210-1.235	

Référence aux ressources et aux inégalités de santé			1.111 -112							
Perception de la formation infirmière initiale										
Point de vue sur la formation en général										
Formation inadaptée	1.208 -212		1.200		1.158 -164	1.114			1.68	
Formation adaptée		1.214		1.162 -163			1.62- 64	1.74 1.79		1.183
Préférerait l'ancien programme	1.221 -222		1.201 -202		1.159 -160				1.74- 75	
Points négatifs										
ESI veulent faire que du technique			1.205 -210		1.139 -142 1.221 -229				1.99- 112 1.258- 268 1.309	
Beaucoup d'éléments manquants/survolés						1.114 -122	1.68- .70		1.416- 429	
Régret des MSP/DS				Non 1.164 -166	1.161 -176				1.86 1.362- 364	
Ne font pas les liens n'observent pas en globalité			1.222 -227						1.92- 95 1.305- 308 1.315- 317 1.328- 335	
Trop théorique /pas assez concret, besoins différents au début en stage	1.213 -214 1.221 -225 1.228 -229 1.245 -258	1.146 -148							1.441	
Demande trop de capacités d'adaptation	1.231 -232									
Pas assez de variété dans les stages									1.68- 91	
Formateurs ne viennent pas assez sur le terrain									1.438- 440	
Points positifs										
Formation efficace pour développer la réflexivité/l'adaptabilité				1.157 -163						1.189 1.200

Formation efficace pour développer le sens de l'organisation et de la priorisation		1.214 -222								
Réfractaires à l'ancien programme : résistance au changement										1.179-202
Point de vue sur la formation en SP										
Souvenirs marquants										
Pas ou peu de souvenirs de la formation théorique	1.111 1.119 1.122 -123	1.130 -143	1.142 -151		1.71-72	1.179 -180		1.144		1.290-295
Actions concrètes	1.109 -111 1. 117-118	1.128				1.181 -185	1.123 -131			1.287-289
Stages		1.139	1.410 -412		1.75-79			1.151 -155	1.191-192	
Difficile à valider	1.112 -115		1.170 -172							
Formateurs passionnés	1.107 -108									1.299
TD en formation AS						1.166 -175 1.194 -199				
Aspects règlementaires/ découpage de l'offre de soins			1.146 -149							
Intérêts et utilité des concepts pour la pratique professionnelle										
Pas vraiment d'intérêt pratique					1.84-85			1.151 -153		
Un intérêt mais pas forcément immédiat/nécessite de la réflexivité	1.126 -129 1.141 -142 1.310 -311 1.321 -324 1.332 -333	1.132 -140 1.152 -164 1.309 -310				1.194	1.133 -134		1.196-205 1.243-252 1.278-280	1.233 1.286-293
Un intérêt dans le privé	1.135 -138 1.139 -140	1.188 -195								

Pratiques d'encadrement en SP										
Mobilisent pas ou peu la SP dans l'encadrement	1.183 -184	1.178 -181	1.166 -170	1.132	1.137 -138		1.140 -141	1.162 -169	1.264- 268 1.459- 460	
N'utilisent pas/ne connaissent pas les termes/manque de connaissances/manque de formation			1.75- 90 1.116 -121 1.133 -135 1.408 -409	1.130 -134					1.54 1.122- 124 1.127- 130 1.396- 397 1.406- 409	1.384- 388
Pensent que la SP est davantage du ressort de secteurs spécifiques		1.137	1.60- 61 1.414 -416 1.423 -425		1.47- 57 1.110 -111 1.129 -133 1.210 -213					1.205- 207 1.296- 298
Situations professionnelles potentielles proposées pour l'apprentissage de la SP (hors observations)										
Prévention	1.183		1.167 -169	1.114 -121 1.169 -175 1.190 -197			L.13 7			1.318- 321
Éducation					1.89- 96	1.204			1.374- 378	
Globalité de la PEC			1.166 -170	1.183 -184						1.343- 347
Economie de la santé						1.210 -222	1.138		1.377- 381	
Covid	Non 1.190	Oui 1.198 -201 1.312 -316			Non 1.116 -126		1.86- 89		Oui 1.370- 371	
Formation des professionnels de la santé	1.146 -163									

Retour sur les observations										
Type de situations d'apprentissages repérées spontanément										
Promotion de la santé et de l'autonomie		1.253 -258	1.245 -248			1.235 -246	1.151 -156			1.346- 347
Prévention			1.243 -244	1.169 -175		1.241 -242	1.148 -149 1.164 1.170		1.377- 381	
Santé globale				1.55- 57 1.170 -197		1.251 -263	1.164 -166			1.343- 346
Éducation				1.172 -189		1.245 -246	1.157 -158		1.369- 376	
Coordination interprofessionnelle							1.168 -169		1.386- 393	1.343- 347
Réactions aux situations proposées par le chercheur										
E1	1.270 -286									
E2		1.265 -271								
E3			1.306 -347							
E4										
E5										
E6						1.270 -350				
E7							1.203 -226			
E8								1.221 -224		
E9									Trans v.	
E10										Trans v.
Mobilisation des situations potentielles pour l'encadrement										
Oui	1.318 -319	1.173 -188 1.276 -286	1.417 -418	1.137 -140	1.204 -206	1.205 -206	1.186 -191	1.257 -258	1.396- 409	1.384- 388
Réflexivité										
Réflexivité et sens de la SP	1.62- 63 1.199 -200 1.335	1.41- 46 1.167 -170	1.138 -140 1.210 -213	1.149	1.138 -141	1.74- 75			1.39 1.256 1.272- 274	1.110 1.161- 162 1.175

Réflexivité et pratiques d'encadrement		1.186-188	1.214-223 1.228-235	x	x			x	x	x
Approche expérientielle	1.141	1.132-134 1.152-153	1.412-413	1.187-188			1.65		1.278-288 1.433-434	1.232-233
Réflexivité de l'enquête	1.15 1.120 1.307-308 1.314	1.74-81 1.142-145 1.294 1.299-299	1.167 1.170 1.249 1.407-409 1.417-419	1.77-91 1.199-201	L240-249	x	1.133-138 1.172 1.191-196 1.229-234	1.260-261		1.234-246 1.324-326 1.350-351 1.388 1.470-473 1.531-534

Classes de situations	Variables
Situations de soins préventifs	Prévention de la déshydratation et de la dénutrition Prévention des escarres Prévention des chutes Prévention des maladies infectieuses Prévention des pneumopathies d'inhalation Prévention des complications liées au diabète Prévention des complications post-opératoires Prévention des complications liées à l'hémiplégie Prévention des accidents domestiques Prévention de la maltraitance infantile Prévention de l'isolement social Prévention du cancer Prévention des AVC et maladies cardiovasculaires Prévention de la maladie de Lyme Prévention de la douleur et de l'angoisse Prévention du mésusage des jeux vidéo Prévention de l'épuisement des aidants Prévention de la dépendance Prévention de la propagation du coronavirus Prévention des infections nosocomiales Prévention de l'iatrogénie et de l'erreur médicamenteuse Prévention des effets indésirables des thérapeutiques Prévention des complications liées aux plâtres Prévention des risques professionnels Prévention de la surmédicalisation et de l'acharnement thérapeutique Prévention des accidents de la voie publique
Situations de soins éducatifs et de conseil	Conseil et éducation hygiéno-diététique Conseil et éducation pour le bon usage des médicaments Conseil et éducation pour favoriser l'empowerment et la résilience Conseil et éducation pour la gestion des soins Conseil et éducation à la citoyenneté Conseil et éducation à l'usage de l'information en santé sur internet Conseil et éducation pour un sommeil réparateur
Situations de promotion de la santé	Promotion de l'activité physique Promotion du bien-être Promotion de la dignité dans la fin de la vie Promotion de l'autonomie et du maintien à domicile Promotion d'une bonne hygiène corporelle et diététique Promotion d'une vie saine Promotion de la qualité et des bonnes pratiques Promotion du bon usage des médicaments Promotion du bon usage des services de santé Promotion d'une santé sociale

Sandrine MONNIER
**Pragmatiser la santé publique en
formation infirmière :
Des pratiques professionnelles aux
savoirs à enseigner**

Résumé

Cette thèse pose la question de la formation en santé publique des infirmiers. Elle s'intéresse à l'activité infirmière dans les soins généraux et à la manière dont les compétences en santé publique se construisent. Après avoir exploré notre objet d'étude dans une perspective pluridisciplinaire, nous nous sommes appuyés sur la didactique professionnelle (Pastré, Mayen) et l'ergologie (Schwartz, Durrive) pour réaliser une enquête qualitative combinant observations et entretiens auprès d'infirmiers exerçant dans différents services hospitaliers et lieux de vie. Nos résultats montrent que les soins généraux offrent une variété de situations potentielles de développement (Mayen) où la santé publique se manifeste particulièrement sous l'angle de ses caractéristiques agissantes (Mayen). Ils montrent que si la santé publique est transversale à l'activité, elle est la plupart du temps « non sue » et non mobilisée dans l'encadrement des étudiants. Nos résultats suggèrent des pistes de réingénierie des enseignements de santé publique et permettent d'envisager des méthodes et des outils adaptés à l'alternance entre formation clinique et théorique.

Mots clé : santé publique, formation infirmière, didactique professionnelle, ergologie

Abstract

This thesis questions nurses training in the field of public health. It is exploring nursing activity in the general care setting and the methodology of how public health skills are built in working situations. After having explored our object of study from a multidisciplinary perspective, we relied on professional didactics (Pastré, Mayen) and ergology (Schwartz, Durrive) to carried out a qualitative survey combining observations and interviews with nurses working in different hospital departments and living location. Our results show that general care offers a variety of potential developmental situations (Mayen) where public health manifests itself particularly in terms of its acting characteristics (Mayen). They also show that if public health is transversal to the activity, it is most of the time "not known" and not utilized in the students development and education. Our results suggest the potential need for reengineering public health teaching, and the development of methods and tools adapted to the alternation between clinical and theoretical training.

Key words : public health, nurses training, professional didactics, ergology