



**HAL**  
open science

## En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ?

Elisabeth Noël-Hureaux

### ► To cite this version:

Elisabeth Noël-Hureaux. En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ?. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Jul 2012, Paris, France. halshs-00790578

**HAL Id: halshs-00790578**

**<https://shs.hal.science/halshs-00790578>**

Submitted on 20 Feb 2013

**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.



Communication n° 219 – Atelier 21 : Formation au métier du soin

## En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ?

*Elisabeth Noël-Hureaux, Docteur en Sciences de l'Éducation Université Paris 13, Laboratoire EXPERICE*

### Résumé

L'universitarisation de la formation infirmière est débutée depuis trois ans (2009) avec son corollaire qui est la mise en place d'un référentiel infirmier basé sur le développement des compétences. Nous avons choisi de mettre en exergue une pratique professionnelle incontournable, celle de la transmission. Cette recherche, effectuée en janvier 2012, s'articule autour d'une question centrée sur les attendus de compétences infirmières. L'interrogation de vingt professionnels de santé sur leurs représentations des transmissions permet d'en voir la pluralité de significations comme des manières de faire et la place qu'ils accordent à l'université dans le processus de professionnalisation. Les résultats porteront sur l'analyse des discours des différents professionnels croisés avec les référentiels d'activités, de compétences et de formation infirmière.

**Mots clés :** infirmier(ère), formation, professionnalisation, universitarisation, transmettre

-----

### Introduction

Transmettre est un terme qui recouvre des notions bien différentes selon ses champs d'application allant de la mécanique à la médecine. Dans une acception usuelle, on le limite souvent à une désignation monolithique englobant l'information ou l'enseignement/formation, mais sans jamais l'accoler concrètement au monde du travail. Pourtant, « transmettre » est un acte qui se révèle complexe dans des composants interférents et interactifs de la communication. Pour l'infirmière, le fait de « transmettre » est intégré à sa pratique professionnelle quotidienne de façon si implicite et diversifiée qu'il est devenu une évidence de son identité professionnelle (Lacoste et Grosjean, 1999, Acker, 1991), donc difficile de facto à transmettre en formation. En effet, s'agit-il d'évoquer une mise en transmission d'informations entre un émetteur et un récepteur ou d'évoquer au-delà d'outils professionnels, des relations entre personnes, les éléments qui signent l'appartenance comme la reconnaissance de l'infirmière ?

En partant d'une présentation de la construction de la formation et de la profession qui sont indissociables, nous montrerons les caractéristiques qui ne cessent d'interroger la complexité d'un héritage confronté à une volonté d'installer de nouvelles modalités de conception de savoirs comme de pratiques. Les savoirs académiques font l'objet de consensus par les communautés intellectuelles et scientifiques qui les ont établis. Ce sont des savoirs reconnus comme fiables. Quant aux savoirs professionnels, ils sont organisés selon un critère d'efficacité et de légitimité (Wittorski, 2005). La pratique professionnelle selon Le Boterf (2010), est le déroulé de choix, de décisions et d'actions mis en œuvre par le professionnel pour faire face aux exigences d'une situation à gérer.

La question posée en filigrane est celle de la compréhension du transmetteur comme aspect de professionnalisation suite aux modifications de formation depuis la mise en place de l'universitarisation des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier. Le référentiel de formation a comme enjeu une autre définition du professionnel, qui brouille « le transmetteur » en le modifiant et en le déplaçant. Ainsi, les attendus des professionnels de terrain, l'avancée de la profession via sa légitimité universitaire revendiquée et nouvellement installée et la défense voire la protection des valeurs soignantes sur lesquelles se sont construites les écoles professionnelles et les modalités de travail avec les autres professionnels de santé sont troublés de toute part.

Il y a donc un transmetteur modifié qui n'a pas les mêmes significations, ni les mêmes enjeux de professionnalisation dans un espace où la communication joue un rôle essentiel. Qu'est-ce que transmet l'université ? Qu'est-ce que transmet l'école professionnelle ? Pour quelle finalité de formation ? Qu'est-ce qui est attendu pour former un professionnel ? Et à l'intérieur de l'école professionnelle qu'est-ce que transmet chacun dans l'alternance (le terrain de stage ou l'IFSI). A la croisée de ces différences de conceptions, qu'est-ce que chaque acteur a comme représentation de ce « transmetteur » ?

En début d'année 2012, dans le cadre d'une recherche, nous avons réalisé une enquête exploratoire auprès de professionnels de santé exerçant sur le terrain ou dans les IFSI afin d'observer si le « transmetteur » était exprimé comme étant pour eux une compétence attendue de l'infirmière. Perrenoud (2002), comme Le Boterf (1991), font référence à l'ingénierie de formation, pour expliquer que les questions du transfert des compétences et de l'adaptation aux évolutions du travail sont devenues si centrales qu'elles invitent à concevoir des systèmes de formation plus efficaces.

Nous poserons donc comme hypothèse que la transmission se fait essentiellement en fonction de la représentation de sa pratique et de sa culture professionnelles et que par conséquent l'influence des acteurs de l'université, de l'IFSI et du terrain du fait de leurs représentations différentes, véhiculent des conceptions du transmetteur différentes.

Dans les liens entre université et école professionnelle il existe des interactions puisque l'une peut se professionnaliser, l'université (Bourdoncle, R., Lessard, C. 2003, Postiaux, 2010, Combes 2011) et l'autre s'universitariser, l'institut de formation en soins infirmiers (Noël-Hureaux, 2011). Cet article tentera de dégager des éléments de contexte situant le "transmetteur" dans l'actuel processus d'universitarisation visant à une professionnalisation infirmière

Après un passage par l'histoire, nous aborderons les contenus des compétences incontournables des infirmières exprimés par les professionnels de santé. Nous mettrons en perspective les savoirs transmis par l'université et leurs domaines et ceux transmis par l'IFSI au regard des particularités du transmetteur infirmier, ce qui permettra de réinterroger le transmetteur en formation.

## I Les temps forts de la construction de la formation comme de la profession

La culture professionnelle, placée sous le signe d'une autonomisation progressive est donc empreinte du passage de la vocation au métier et du passage du métier à la profession (Wenner, 1998). Le métier d'infirmière s'est longtemps doté d'un savoir oral associé à des qualités dites féminines, puis la profession s'est organisée quand la religion a développé les soins dans les hôpitaux. C'est en se dégageant de sa filiation religieuse que l'activité soignante s'est professionnalisée. Il faudra attendre la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle pour que les soins infirmiers soient reconnus comme une activité spécifique et utile, avec la révolution pasteurienne. La nécessité d'avoir « des aides » pour soigner a incité les médecins à demander à l'Etat de créer un corps de professionnels du soin répondant au double critère de laïcité et de compétence. Des écoles professionnelles infirmières ont ainsi été fondées pour apprendre à des jeunes filles les connaissances indispensables pour servir le médecin.

La formation va réellement s'organiser suite aux nombreux problèmes médico-sociaux rencontrés durant la première guerre mondiale qui vont avoir pour conséquence une durée d'études sur 22 mois, la création du Brevet de Capacité d'Infirmière Professionnelle permettant de porter le titre d'« Infirmière Diplômée de l'Etat Français ». A partir de l'officialisation du diplôme, l'écrit devient aussi un mode d'expression chez les professionnelles.

C'est en 1938, avec la création d'un diplôme supérieur que l'infirmière a la possibilité de se tourner vers l'encadrement des soins et la formation de ses pairs.

Puis jusqu'aux années 70, avec l'évolution des pratiques médicales, la formation est particulièrement centrée sur les pratiques liées à la technicité des soins et dans le même temps l'infirmière se voit attribué la responsabilité des soins d'hygiène et de confort.

Cependant pour certaines infirmières, la seule connaissance de la maladie n'est pas suffisante. Il s'agit de prendre en compte son retentissement sur l'ensemble des besoins de la personne. Cette réorientation de la pratique infirmière induit de nouvelles exigences au niveau de la formation des infirmières. Les connaissances à acquérir dans le programme de 1972 ne sont plus alors essentiellement axées sur la maladie, mais sur la « compréhension des besoins de santé des personnes et des groupes » et pour la première fois, « les soins infirmiers » sont reconnus en tant que tels. Dès lors les pratiques soignantes (Collière, 1982) vont intégrer les soins infirmiers liés aux fonctions de continuité et d'entretien de la vie (*care*) comme les soins curatifs ou de réparation (*cure*).

C'est donc tout naturellement que le 31 mai 1978, une loi- toujours en vigueur- viendra définir et segmenter l'activité de l'infirmière par la juxtaposition de deux rôles dominants : le rôle prescrit (*cure*) et le rôle propre (*care*) (Art. L.473 du Code de la Santé Publique), amenant à centrer la formation (programme 1979) sur la prise en charge globale de la personne soignée, c'est-à-dire à prendre en considération la relation « corps-esprit » (Maréchal, Psiuk, 1995). La durée de la formation passe alors de vingt huit à trente trois mois et les stages cliniques représentent 50% du temps de formation.

Dans le même temps (1972-1979), on note au sein même de la profession un décalage de conception de la formation entre savoirs théoriques et pratique professionnelle. L'importance de l'expérience pratique directe pour la construction des compétences est reconnue même si, pour certaines infirmières, il y a lieu d'enrichir cette pratique par d'autres approches en sciences humaines et sociales, d'autant qu'il y a déjà des apports en sciences médicales (biologie, anatomie, physiologie...) qui sont inscrits de fait dans l'activité du soin.

Enfin le décret relatif à la formation, en date du 23 mars 1992, comportait deux axes majeurs. Le premier, la mise en place du diagnostic infirmier, comme jugement clinique énoncé par l'infirmière confirmant que le rôle propre s'appuie sur des actes spécifiques mais surtout sur une pensée autonome. Le second donne le profil d'« un(e) infirmier(ère)

bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation » avec des changements d'appellation : école en IFSI, élève en étudiant. On note un renforcement de la notion de responsabilité dans les actes, dans les connaissances et dans la formation de ses pairs, d'autant que le développement des unités de soins palliatifs et la prise en charge des malades en fin de vie accentue le rôle humaniste par la prise en charge de la douleur notamment.

Les infirmières apprennent alors, grâce à l'utilisation du raisonnement diagnostique, à pratiquer l'utilisation des transmissions ciblées, méthode de formalisation des transmissions résultant d'une clinique et favorisant le repérage rapide, quotidiennement ou à posteriori, des événements survenus en cours d'hospitalisation, des actes de soins réalisés et de leurs effets.

Dans les années 2000, on constate la généralisation de la mise en place du dossier de soins, initié dès les années 80, comme document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Ce document prend une importance capitale par son caractère d'obligation légale, renforcé par la possibilité qu'ont les malades depuis la loi du 4 mars 2002 d'obtenir leur dossier afin d'y retrouver la traçabilité des soins. Pour Acker, (1997) il « a ainsi été progressivement élaboré comme instrument de formalisation - et donc de «visibilité»- du travail infirmier».

Jusqu'en 2009, la formation infirmière est donc une formation professionnelle supérieure non universitaire. La responsabilité des enseignements, essentiellement dispensés par des professionnels de santé, relève exclusivement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et le financement est de la compétence de l'Etat et des Hôpitaux. Cette formation en alternance, dès 1922, (stage et école) permet d'inculquer à la fois des valeurs professionnelles que sont l'éthique, la déontologie, des savoirs professionnels et une expérience pratique « au lit du malade ». En « socialisant » l'apprentissage, il s'agit de réduire l'écart entre situation de formation et situation professionnelle et donc de répondre aux objectifs fixés par l'alternance intégrative.

Mais c'est en 2009 que véritablement bougent les lignes du Transmettre avec l'apparition d'un nouveau diplôme pour un autre professionnel attendu en lien avec les besoins de santé croissants et une évolution des pratiques quotidiennes en santé attendue de la part de chaque citoyen.

## **II Le tournant : 2009 quelle est la finalité du référentiel de formation?**

Les discussions sur l'universitarisation des étudiants infirmiers ou universitarisation du Diplôme d'Etat ont débuté en 2003. Universitariser le diplôme signifie adapter les contenus, les modalités d'évaluation, les responsabilités des universitaires et des IFSI. Le Diplôme d'Etat est l'équivalence d'un grade licence, ce qui se comprend alors comme le rapprochement des instituts de formation avec l'université par la mise en place d'un partenariat conjuguant formation professionnelle et universitaire (Noël-Hureaux, 2011). Le second sens de cette universitarisation de la formation infirmière rend compte de ce désir manifeste de la profession d'accéder à une autre représentation par la formation universitaire en inscrivant alors dans le L(icence), M(aster) et enfin D(octorat) comme finalisation d'un processus de formation universitaire. Enfin, le dernier sens contenu dans cette universitarisation serait la reconnaissance de savoirs théoriques et scientifiques, certes associés à la pratique et à la technique, mais où la recherche trouverait tout son sens dans un souci de qualité de soins (Bourdoncle, 2007, Perrenoud 2004).

A partir des rapports Berland (2004) et Debouzie (2003), relatifs à la mise en place d'une première année commune de formation à l'université pour les professionnels de santé, de nombreuses commissions ministérielles sont chargées d'élaborer des référentiels métiers,

compétences et formation, en tenant compte de la mutation du système de santé français, des différentes évolutions du contexte économique et social et de l'avancée des connaissances scientifiques.

C'est chose faite le 31 juillet 2009, avec l'arrêté relatif au diplôme d'Etat qui va décrire non seulement les activités et les compétences mais aussi la formation en détaillant les contenus dans les unités d'enseignements et dans le portfolio (outil d'apprentissage et d'auto-évaluation servant de liens entre la théorie et la pratique et rendant visible la posture réflexive de l'étudiant (Merhan, 2011).

Rappelons que l'on désigne par référentiel métier, l'ensemble des compétences requises pour exercer un métier ; le référentiel formation est la traduction de ce référentiel métier en compétences à développer ou capacités à acquérir, et que le référentiel évaluation précise les modalités et les critères de validation de l'action de formation. Nous avons mis en parallèle les trois déclinaisons de la professionnalisation selon Wittorski à savoir la professionnalisation-profession en référence à l'organisation même de la profession, vient ensuite la professionnalisation-formation, développement des savoirs et des compétences des individus : enjeu de fabrication d'un professionnel, associé aux mots de compétences et le mot métier et pour finir la professionnalisation-efficacité du travail où il s'agit de développer des compétences pour une employabilité.

« Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de **professionnaliser** le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

L'étudiant est amené à devenir un **praticien autonome, responsable et réflexif**, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle.

L'étudiant **développe des ressources** en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel.

L'étudiant apprend à **reconnaître ses émotions** et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement.

L'étudiant développe **une éthique professionnelle** lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction.

Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées. (2009) »

Les études sont calquées sur le dispositif universitaire LMD, conformément à la mise en place des accords de Bologne (1999) et de Prague (2001), obligeant à repenser la transmission des savoirs. Les principes retenus visent à la mise en place d'un diplôme reconnu dans toute l'Europe par le biais d'un dispositif de formation unique centré sur le développement de compétences et articulant un parcours universitaire (disciplines relevant du domaine de la santé) avec une trajectoire professionnelle (filière en soins infirmiers).

La durée de la formation, de 2100 heures d'enseignements théorique et 2100 heures de formation clinique en stage est répartie en six modules composés de plusieurs UE sur six semestres. Trois des six modules sont placés sous la responsabilité de l'Université (1. Sciences humaines et droit, 2. Sciences biologiques et médicales, 6. Méthodes de travail et Anglais) et trois sous celle des IFSI (Sciences et techniques infirmières, fondements (dont font partie 3.4 Initiation à la démarche de recherche (S4-S6), 4. Sciences et techniques infirmières, interventions, 5. Intégration des savoirs et optionnelles). Si l'organisation des épreuves d'évaluation et de validation est à la charge des instituts de formation, il n'en demeure pas moins que l'Université met en place des enseignements universitaires, participe

aux dispositifs d'évaluation correspondant aux unités d'enseignement (UE) dans les disciplines relevant de sa responsabilité. Comme dans le dispositif LMD, il y a obtention de 180 crédits ECTS (30 ECTS par semestre) à l'issue des trois ans de formation. Lors de la commission où siège le directeur de l'IFSI, des formateurs et un représentant universitaire, ces crédits sont attribués quand les conditions de validation définies par les modalités de contrôle des connaissances et aptitudes ont été satisfaites, en stage comme en IFSI et sans distinction aucune entre savoirs « contributifs » et savoirs « cœur de métier » puisque tous sont inscrits dans l'acquisition de compétences.

Le référentiel d'activités, en tant que regroupement de tâches identifiables du métier présente à huit reprises et dans trois types d'activités : la transmission tant écrite qu'orale portant sur la communication avec les personnes et leur entourage ; le traitement des informations pour un suivi de soin et la collaboration avec les médecins ; les professionnels de santé et les équipes de soins ; les explications auprès des nouveaux personnels et des stagiaires pour une transmission des valeurs professionnelles. Nul doute que ce référentiel décline en quelques mots la définition même de la profession infirmière dans ses aspects soins, profession et formation. La professionnalisation des activités passe par la formalisation de référentiels -que l'on pourrait assimiler à des bornes de territorialité ou à des systèmes de justification à destination de l'espace des professions -qui remplissent des fonctions identitaires « pour autrui » (Dubar, Tripier, 1998).

Quant au référentiel de compétences (comme « combinaison des connaissances, des savoir-faire, des expériences et des comportements s'exerçant dans un contexte précis (Perrenoud, 2001, Le Boterf, (2000) il décline dix compétences chacune validée par l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliées à des situations professionnelles, la mobilisation de ces connaissances et de ces savoir-faire dans des situations de soins. Il s'agit d'assurer la pertinence des informations recherchées dans diverses sources humaines comme matérielles au regard d'une situation donnée (compétence 1), de mise en œuvre d'un projet de soins infirmier présentée à une équipe lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (compétence 2), de mise en œuvre et traçabilité de soins sur les différents outils de transmission (compétence 4), d'organisation et de coordination de tous les partenaires (compétence 9) et, pour finir sur la dimension pédagogique, de l'information et la formation des professionnels et des personnes en formation (compétence 10).

Ce sont donc dans cinq compétences que se retrouve la transmission, dont trois ciblent directement les soins, une concerne la coordination et la dernière a trait à la formation. A noter que la valeur de la transmission n'est pas toujours située au même niveau puisqu'elle est à la fois composante de compétence (2,4,9), ou indicateur d'un critère d'évaluation des compétences (1,10).

On peut affirmer que ce référentiel s'inscrit dans un des pans de la professionnalisation, voire de la professionnalité parce qu'il présente les compétences, les activités comme le parcours de formation (Bourdoncle, 2000).

### **III Présentation de la méthodologie et des résultats**

En vue d'un traitement qualitatif, cette étude s'articule autour d'une question centrée sur les attendus de compétences infirmières. L'échantillon des personnes interrogées ciblait exclusivement les professionnels de santé amenés à travailler régulièrement en collaboration avec des infirmières en milieu hospitalier dans les domaines du recrutement de personnel infirmier, de la formation des étudiants en soins infirmiers ou des cadres chargés de la direction des équipes soignantes au sein de l'hôpital. Le choix de l'échantillon universitaire a volontairement été écarté car l'idée était de retrouver au travers des discours des

professionnels ce qu'ils demandaient ou attendaient des savoirs académiques délivrés par l'université et donc sa légitimité au regard du processus actuel d'universitarisation. La question textuelle adressée à ces professionnels induisait une réponse ouverte en une ou plusieurs phrases, permettant de capter un maximum d'éléments susceptibles de révéler certaines variables complexes ou inédites au travers de la diversité des réponses.

La méthode d'analyse thématique horizontale croisée à une analyse verticale a été choisie pour mettre en évidence le type de réponse donnée en fonction du profil professionnel des personnes interrogées. En effet, tout particulièrement à l'hôpital, la qualité et la continuité d'un parcours de soins dépendent de la qualité du lien de coopération entre les intervenants et il s'agit autour du travail de coordination, d'articulation de traduire les logiques d'intervention de chacun. L'intérêt étant ici de mettre au jour les compétences infirmières attendues dans le milieu hospitalier actuel et vérifier entre autre si le mot « transmission » ou le verbe « transmettre » sont cités.

Nous leur avons posé la question suivante : « Selon vous quelles sont les compétences qui vous semblent incontournables dans l'exercice de la profession d'infirmier ? » Le terme de compétences nous a semblé nécessaire pour que les personnes interrogées fassent le lien avec la professionnalisation de l'infirmière. Nous avons reçu vingt réponses provenant d'un directeur d'hôpital, d'un médecin réanimateur, de trois kinésithérapeutes, d'une laborantine, de quatre directrices des soins attachés au terrain des soins et d'une directrice des soins d'un groupement d'écoles professionnelles, de deux cadres supérieurs, de trois cadres de santé, de quatre infirmiers et d'un aide-soignant. Les professionnels travaillaient donc soit sur le terrain du soin, soit en IFSI, dans des structures privées comme publiques, en Ile de France.

Dans leurs réponses, concernant les compétences attendues, nous avons regroupé les thèmes en regard des items de la compétence :

- définition de tous les savoirs académiques, professionnels (savoirs, savoir-faire, savoir-être),
- pratiques soignantes,
- culture professionnelle,

afin de les mettre en parallèle avec les catégories de Wittorski : professionnalisation-profession (c'est-à-dire comme constitution des professions), professionnalisation-employabilité (comme « mise en mouvement » des individus dans des contextes de travail flexibles) et enfin la professionnalisation-formation (fabrication d'un professionnel par la formation en quête d'une légitimité plus grande des offres et pratiques de formation), ....

De façon générale, les personnes interrogées évoquent au travers de la notion de compétences, une pluralité de définitions du transmettre: (MB) directeur d'hôpital met l'accent sur les savoirs académiques, alors que pour (CB) médecin réanimateur, comme pour (BM) laborantine c'est le savoir-être qui est la compétence de fait de l'infirmière. Tous les autres professionnels (kinésithérapeutes, directeurs de soin, cadres supérieurs de santé, cadres de santé, infirmiers et aide-soignant) mettent en avant les représentations et les valeurs professionnelles qu'elles soient en terme de qualités morales, éthiques ou de compétence. Les trois kinésithérapeutes évoquent la professionnalisation-formation, tout comme les cinq directeurs de soins, les cadres de santé et les infirmiers. La professionnalisation-profession, est exprimée par les directeurs de soins et les cadres supérieurs de santé, alors que professionnalisation-employabilité est une préoccupation exclusive d'un directeur de soins de terrain. Ils vont aussi tous évoquer les savoirs, savoirs-faire et savoir-être relevant donc de la pratique professionnelle infirmière, voire même de son approche clinique « observer le patient, évaluer son état ».

Ainsi les réponses des professionnels portent majoritairement sur la culture professionnelle et la pratique soignante. Seuls trois d'entre eux, le directeur d'hôpital, un directeur de soins et une kinésithérapeute font référence à des savoirs académiques,

(connaissances épidémiologiques, problématiques de santé publique et anatomie, éléments en anthropologie, sociologie, psychologie, connaissances en pharmacologie et médicales et plus spécifiquement gériatrie). De la même façon seuls deux directeurs de soins mettront l'accent sur la responsabilité infirmière face aux prescriptions médicales jugées « inadaptées, voire maltraitantes ». Pour finir ce bref aperçu, le terme de « compétences » est cité vingt fois et à l'unanimité par les directeurs de soins.

L'analyse par catégories professionnelles significatives fait apparaître que les infirmières mettent en avant le savoir-être et les qualités qui y sont associées et les pratiques professionnelles dirigées vers les soins aux malades mais aussi tournées vers l'organisation des soins. Les kinésithérapeutes passent en revue les représentations/valeurs, les pratiques de soin associées aux savoir-être et savoir-faire et savoirs, le jugement clinique, qu'elles évoquent le rôle infirmier dans la transmission professionnelle auprès des autres personnels mais aussi la transmission entre pairs et n'oublie pas les savoirs académiques. On retrouve les mêmes catégories chez les directeurs de soins, à ceux-ci près qu'eux rajoutent des indicateurs de professionnalisation. Les cadres supérieurs de santé mettent avant tout en exergue leurs exigences en matière de professionnalisation-profession tout en évoquant d'ailleurs le chemin parcouru par la profession. Mais ce sont les cadres de santé qui sont le plus attachés aux valeurs professionnelles en matière de qualités humaines, de sens moral qu'elles estiment prédominantes, quand elles évoquent l'aspect professionnalisation de la formation. Quant aux infirmiers, ils sont particulièrement sensibles à retenir et à développer longuement comme compétences les pratiques professionnelles associées à la culture, à l'employabilité et à l'aspect formatif du rôle infirmier.

Les savoirs croisés entre les catégories nous apprennent qu'au sein même des kinésithérapeutes, les attendus sont très diversifiés : si elles sont deux à valider l'importance de la transmission en lien avec la collaboration, une précise l'aspect transmission pour la formation. Elles insistent pour deux d'entre elles sur les connaissances cliniques de l'infirmière mais ne mettent pas toutes en avant les mêmes savoirs : les nouvelles technologies, les compétences relationnelles, l'expertise dans un domaine de soin. Deux d'entre elles insistent sur la gestion de l'urgence. Enfin une professionnelle (ce sera la seule) évoque le développement de l'éducation thérapeutique, projet fédérateur entre rééducateurs et infirmiers.

Les directeurs de soins déclinent les compétences techniques mais aussi cliniques que l'infirmière doit apprendre dans sa formation (cité deux fois) et qu'elle doit développer tout au long de sa vie en se basant aussi sur son expérience. La communication est associée à des qualités humaines et des valeurs soignantes comme à des compétences professionnelles dont la concrétisation s'établit autour de temps de transmissions et au travail d'équipe mais aussi dans la pratique de l'écriture professionnelle. Ce sont les seules qui font référence au nouveau référentiel et qui associent à cette mise en place des aptitudes à la rédaction. Elles sont conscientes des enjeux en matière de « projet de recherche ».

Achevons ce premier tour d'horizon des thèmes en regard des items de la compétence avec l'analyse par type de savoirs retrouvés. Les savoir, savoir-faire et savoir-être sont toujours consubstantiellement liés dans les pratiques de soins comme « observer le patient, évaluer l'état du patient » et de fait il est difficile d'obtenir l'identification de chaque élément de transmission. Quand ils sont cités, les savoir-faire sont définis comme « techniques » de soins, les savoir-être sont identifiés en « approche relationnelle, empathie ».

Les éléments de compétence à transmettre vont aussi constituer des perspectives professionnelles au travers d'un positionnement professionnel responsable et d'un investissement tout au long de sa carrière professionnelle par le biais d'une appropriation de connaissances et l'enrichissement de sa culture professionnelle permettant de prendre en charge son devenir professionnel. C'est ainsi la visée professionnalisation-profession qui est

mise en exergue par ces deux directeurs des soins (IFSI et terrain) et par une cadre supérieur d'IFSI.

Enfin, pour les professionnels interrogés, le transmetteur situé au cœur de l'activité quotidienne de l'infirmière va enrichir la définition de la culture professionnelle comme l'éthique du soin (citée à deux reprises) en y mêlant des éléments de type vocationnel (le don de soi) associés aux représentations, et aux qualités humaines dont deux sont citées à deux reprises quand il s'agit de la curiosité et à quatre reprises pour la disponibilité. Les stéréotypes apparaissent ainsi en lieu et place des compétences.

#### **IV Les référentiels confrontés aux attendus exprimés par les professionnels**

Tous les professionnels expriment des besoins en transmetteur car cela leur semble essentiel mais tous avec des significations personnelles au regard de leur statut, de leurs objectifs, de leur nécessité, de leur expérience et cela, dans une confusion des différents éléments de la compétence, d'où l'idée de faire appel à leur définition de la compétence qui sera indiscutablement à prendre en compte dans les aspects de la formation. Ainsi à ce jour, nous ne relevons dans le référentiel de formation que neuf occurrences relatives à la transmission, quatre unités d'enseignements concernent les savoirs académiques et quatre unités d'enseignements sont réservées aux savoirs infirmiers et méthodologiques. La polysémie du terme recouvre des aspects diamétralement opposés, allant pour exemple, des « modes de transmission des agents infectieux » aux « choix des outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations ».

Dans le référentiel de compétences, six sur dix évoquent la transmission et là encore à part égale entre les compétences « cœur de métier » et celles dites « transversales ». A noter que la compétence 3, au plus près de la conception du *care* et du rôle propre de l'infirmière en matière d'autonomie et de responsabilité ne fait pas état du transmetteur. Ainsi, le Transmetteur, tel que pratiqué actuellement est désormais obsolète en ce qu'il s'appuie sur des valeurs anciennes marquées par des représentations traditionnelles du métier et donc dans ses « impensés ».

Dans le référentiel d'activités, trois activités seulement sur neuf définissent les multiples transmissions attribuées aux infirmières que ce soit en terme « d'information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes » (activité 3), de « coordination et organisation des activités et des soins » (activité 6) autour des transmissions orales et écrites des informations comme des supports à utiliser et enfin « la formation et information des nouveaux personnels et des stagiaires. » (activité 8). Le Transmetteur oblige désormais à une dimension plus globale, désormais centrale, omniprésente et génératrice de connaissances évolutives qui nécessitent de repenser l'organisation de la formation actuellement écartelée entre l'IFSI, l'université et le terrain.

Pour finir, le portfolio outil de transmission entre l'étudiant et les formateurs d'IFSI et les professionnels de terrain donne aussi des indicateurs pour évaluer ou valider les attendus/les manières du transmetteur. Six compétences sur dix tracent la transmission allant de l'évaluation de la situation clinique en passant par la conduite d'un projet de soins, l'amélioration de sa pratique professionnelle et l'information au travers de la collaboration avec les professionnels et la formation des pairs. A noter que dans la liste des actes professionnels qui doivent être acquis en stage ou en IFSI, la transmission est implicite dans la plupart des actes: « Entretien d'accueil et d'orientation », « Entretien d'aide, entretien thérapeutique », « Surveillances pré et post opératoire », « Techniques d'apaisement, prise en charge de la violence », « Préparation de la sortie d'un patient » ou « Techniques de médiations thérapeutiques ». On est dans une injonction à transmettre dans le cadre de la

formation mais aussi dans les attendus du terrain sans apporter à l'étudiant le mode opératoire d'apprentissage du transmetteur. Il va recueillir auprès de chacun ce qui va lui sembler le plus pertinent comme références et comme normes pour se construire ses représentations qui forgeront son mode de transmission. La transmission de la vie sociale n'est pas la transmission professionnelle. On observe que l'infirmière pratique une transmission trop personnelle ne répondant pas à des protocoles définis professionnellement et introduit ainsi des aléatoires. Le paradoxe majeur dans cette analyse est que les infirmières se déclarent opérationnelles dans ce qu'elles attendent du transmetteur mais en même temps elles ne citent pas ce qui correspond à leur champ d'autonomie, cette part de « courroie de transmissions retrouvée dans les échanges d'informations ou dans la collaboration/médiation ».

### **Conclusion :**

Les professionnels ont tous des représentations différentes du transmetteur et les transmissions (modes et contenus) dépendent plus des représentations individuelles que des savoirs. On transmet ce à quoi l'on est attaché et donc les transmissions concernent plus des qualités que des compétences (voire des qualités prises pour des compétences) qui sont évoquées. On comprend alors la difficulté d'établir un consensus professionnel sur la définition des transmissions, alors que le terme fait partie du langage commun mais que chacun en a une appropriation singulière. Nul doute que la transmission ne peut reposer uniquement sur « la bonne volonté » individuelle, d'autant que la mission de formation à transmetteur est non seulement inscrite dans les textes législatifs mais se retrouve aussi dans le tutorat.

Autrement dit, l'universitarisation dont on parle aurait deux orientations: une ouverture mais aussi une transformation du système actuel qu'il soit universitaire ou professionnel. Si l'universitarisation aide à promouvoir de tels changements culturels, elle est une opportunité, mais elle ne pourra les accomplir seule. Elle est donc une ambition et un moyen, elle n'est pas une fin. Cependant, comme nous l'avons constaté, les professionnels attendent des savoirs académiques dans la compétence infirmière et légitiment ainsi la place de l'université en ce qu'elle peut permettre la revalorisation du métier en rendant lisible des savoirs infirmiers davantage formalisés.

Dans la perspective de développer un sens commun du transmetteur, le portfolio peut constituer un outil intéressant pour les étudiants comme pour les différents professionnels de santé, car il permettra à tous de mieux maîtriser les contours d'un exercice professionnel qui s'est beaucoup modifié en peu de temps. Pour tous les partenaires du soin la transmission est un impératif qui ne peut rester conçue comme une compétence de manière intuitive et implicite mais qui doit être un objectif de formation basée sur un socle commun de significations.

## Bibliographie

- Acker, F. (1997). « Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier ». *Raisons Pratiques*, 8, 1997, p. 65 -93.
- Acker, F. (1991). « La fonction de l'infirmière, l'imaginaire nécessaire » in *Sciences Sociales et Santé*, vol. IX, 2, p.123-143.
- Altet, M., Paquay, L., Perrenoud, P. (2002). *Formateurs d'enseignants. Quelle professionnalisation ?* Belgique : De Boeck
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier .
- Berland, Y. (2003). Rapport de mission, Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Bourdoncle, R. (2007). « Autour du mot «universitarisation»». *Recherche et Formation*, 54, p.135-149.
- Bourdoncle, R., Lessard, C. (2003). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Les caractéristiques spécifiques : programmes, modalités et méthodes de formation. *Revue Française de Pédagogie*, 142, p.131-181.
- Bourdoncle R. (2000). Formes et dispositifs de la professionnalisation. Autour des mots. *Professionnalisation. Recherche et formation*, 35, p.117-132.
- Carpenito, L.J. (1995). *Diagnostique infirmiers, Applications cliniques*, 5<sup>ème</sup> éd., Paris : InterEditions.
- Collière, M-F. (1982). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris : InterEditions.
- Combes, M-F. (2011). La professionnalisation des études universitaires. *Education Permanente*, 188, p.25-35.
- Debouzie, D. (2003). Rapport de mission, Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé. Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.
- Décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur.
- Dubar, C., Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.
- Lacoste, M., Grosjean, M. (1999). *Communication et intelligence collective, Le travail à l'hôpital*, Paris : PUF.
- Le Boterf, G. (2010). *Professionnaliser*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (1991). *L'ingénierie et l'évaluation de la formation*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Maréchal, A., Psiuk, T. (1995). *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : Lamarre.
- Merhan, F. (2011). « Enjeux de l'écriture réflexive en contexte de formation par alternance » in Actes du colloque *Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur*, Angers 7-10 juin.
- Noël-Hureaux, E. (2011). « L'universitarisation de la formation professionnelle infirmière » in Actes du colloque *Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur*, Angers 7-10 juin.

- Perrenoud, P. (2010). Les processus de (dé)professionnalisation entre savoir, rapport au savoir et contrôle. *Recherche en Education*. 8, p.121-126.
- Perrenoud, P. (2001). « Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle » [en ligne]. <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teach...> (Consulté en janvier 2012).
- Postiaux, N. (2010). « Professionnalisation et Université. La réconciliation est-elle possible ? » in Actes du colloque *Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur*, Angers 7-10 juin.
- Wenner, M. (1988). *Pourquoi et comment devient-on infirmière ?* Paris : Lamarre.
- Sorel, M., Wittorski, R (2005). La professionnalisation en actes et en questions. Paris : L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, p.11-35.
- Wittorski, R. (2007). Professionnalisation et développement professionnel. Paris : L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.

Elisabeth Noël-Hureau\*  
*Docteur en Sciences de l'Education Université Paris 13*  
EXPERICE  
e.noel@wanadoo.fr

