

UNIVERSITE DE PROVENCE AIX – MARSEILLE I
UFR PSYCHOLOGIE, SCIENCES DE L'EDUCATION
Département des Sciences de l'Education

Master Formation et Encadrement dans le Secteur Sanitaire et le
Travail Social 2^{ème} année

Année universitaire 2004 – 2005

L'INITIATION A LA RECHERCHE INFIRMIERE PAR LE
TRAVAIL DE FIN D'ETUDES.

QUELLE CHANCE DE REUSSITE
POUR CETTE NOUVELLE MESURE ?

Soutenu par Gilles BREST

Sous la direction de Chantal EYMARD
Maître de conférences.

SOMMAIRE

1) INTRODUCTION	p. 3
« Sachons que nous changeons de paradigme ».	p. 3
2) PROBLEMATIQUE	p. 5
2.1.1. Une discipline pour une profession ?	p. 5
2.1.2. Initiation à la recherche : pour une praxéologie ou pour une praxistique.	p. 7
2.1.3. De la parole aux actes ...	p.10
2.1.4. Quel contexte général ?	p.11
2.1.5. Les paradoxes de la profession infirmière.	p.12
2.2. Approche historique et anthropologique de l'infirmière.	p.15
2.2.1. Les femmes soignantes : une protohistoire.	p.16
2.2.2. Le rôle de l'infirmière.	p.17
2.2.3. Les théoriciennes infirmières.	p.22
2.3. Les différents modèles de santé.	p.26
2.3.1. Introduction.	p.26
2.3.2. Le modèle organiciste de la pensée négative.	p.28
2.3.3. Modèle global de la pensée par adaptation individuelle et ajustement social.	p.32
2.3.4. Modèle de l'existence d'un sujet autonome ouvert sur le monde.	p.35
3) DISPOSITIF DE RECHERCHE	p.39
3.1. Question centrale : évolution de la réflexion.	p.39
3.1.1. Choix de la méthode.	p.40
3.1.2. Population étudiée.	p.40
3.1.3. Outil de recueil de données.	p.41
3.1.4. Construction de l'outil.	p.41
3.1.5. Procédure de pré-test de l'outil.	p.42
3.1.6. L'enquête.	p.43
4) ANALYSE DES DONNEES	p.43
4.1. Traitement préliminaire	p.43
4.1.1. Mise en forme des résultats	p.44
4.1.2. Résultats établissement par établissement et leur comparaison	p.44
4.2. Traitement des données des trois établissements réunis	p.46
4.2.1. Les relations entre variables	p.47
4.2.2. Une approche méthode par méthode en lien avec des variables	p.47
4.2.3. Approche globale	p.49
4.2.4. Les corrélations statistiquement envisageables	p.51
4.3. Discussion	p.52
5) CONCLUSION	p.54
INDEX DES AUTEURS	p.57
BIBLIOGRAPHIE	p.59
SOMMAIRE DES ANNEXES	p.64

1. INTRODUCTION

« Sachons que nous changeons de paradigme ». (1)

Dès 2004, l'application de l'article 13 de l'arrêté du 6 septembre 2001 (2), attribuée à un « Travail de Fin d'Etudes de 15 à 20 pages, sur un thème d'intérêt professionnel... » la moitié des points validant l'obtention du Diplôme d'Etat infirmier, ou, dit autrement, « pour moitié le droit d'exercer ». (1) Le texte reste peu explicite sur les aspects formels de ce travail, laissant finalement à chaque Institut de Formation en Soins Infirmiers (3) l'appréciation de définir la finalité de cette production. Ce Travail de Fin d'Etudes (3) aurait pu rester un « dossier écrit traitant d'un thème d'ordre professionnel ou pré-professionnel » (FNESI 2004/2005) (4). On imagine là une forme de rapport de stage, ou de document support pour exposé. Les formes que prenaient dans certains IFSI les mémoires de troisième année, très variées et parfois étonnantes, se seraient peut-être accommodées de ces propositions minimales. C'est sans compter sur le désir fort des représentants (5) de la profession qui ont affirmé que « le TFE est un travail qui a pour objectif l'initiation à la recherche, de telle sorte que l'étudiant... puisse s'approprier les méthodologies qui lui permettront peut-être un jour, la découverte de connaissances nouvelles » (MJ. Paraggio 2003 p.48). Ces nouvelles connaissances à venir permettant « d'ériger la discipline des soins infirmiers en une science infirmière » (R. Magnon 2001 p.142). Dans ce sens, le TFE comme initiation à la recherche serait un « rite de passage » permettant l'entrée dans l'âge adulte d'une profession « tributaire en quasi-totalité de la science médicale pendant son enfance... » (CEFIEC 2003) (6). Et ce n'est pas sans un certain lyrisme messianique que l'on peut entendre, puis lire qu'« ainsi s'accomplit la parole du programme des études : Présentation Titre 1, alinéa 8 : accent mis sur une pédagogie active fondée tant sur le questionnement que sur le contenu, franchissant les limites d'un paradigme où la connaissance est établie avant d'être enseignée pour entrer dans un autre où elle est

(1) Déclaration de Madame Yvette HOFFMANN-CHAPUIS, Chef de projet sur le Travail de Fin d'Etudes au CEFIEC. Ouverture des 58èmes journées nationales du CEFIEC, Paris, 22 mai 2003.

Je ne partage pas le sens que semble donner Madame HOFFMANN au terme « paradigme », je le rapporte tel qu'il a été utilisé ce jour là. On doit plutôt entendre « modèle ».

(2) Article 13, arrêté du 6 septembre 2001, relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au Diplôme d'Etat infirmier.

(3) Dorénavant notés IFSI et TFE.

(4) FNESI : Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers.

(5) J'entends par ce terme celles et/ou ceux, organisés ou non, qui bénéficient d'une forme de délégation statutaire ou de fait de la part du corps infirmier : chercheurs et auteurs issus de la profession, conseillers techniques ministériels, revues professionnelles, CEFIEC, les nombreuses associations infirmières, les syndicats professionnels, ... on peut l'entendre aussi comme les foyers de développement de figures identificatoires nouvelles ou différentes, ainsi que d'idéologies (la noosphère d'E. Morin).

(6) CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres.

questionnée avant d'être établie. Une forme de trans-substantiation profane de la certitude en incertitude... » (CEFIEC 2003).

On le voit, l'enjeu paraît de taille et l'importance du TFE semble dépasser les préoccupations pédagogiques de « base », il est le produit d'une forme de travail sur son histoire, où la profession tenterait de se projeter dans l'avenir en s'extrayant d'anciens modèles.

L'objet de ce mémoire de recherche (1), porte sur l'introduction du TFE sous forme d'initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, dans les IFSI, comme changement de « paradigme » de formation. Ce changement, a pour but de favoriser une professionnalité accrue des étudiants, mais aussi une émancipation progressive du corps infirmier, par la création d'une discipline, et d'un savoir propre. Par le passé, déjà, des tentatives ont eu lieu dans ce sens : enseignement de la démarche de soins, diagnostic infirmier, ... l'observation sur le terrain ne semble pas permettre de conclure à des résultats positifs à ce sujet.

Que faut-il penser des chances de réussite de cette nouvelle mesure ? Risque-t-on de voir à nouveau, des étudiants s'astreindre à la douloureuse application de méthodes de recherche, sans que cet exercice n'ait ni de suite, ni de sens, à l'avenir, pour eux ? Peut-on craindre, qu'une nouvelle fois, la logique de la méthode prenne le pas sur la logique de l'épistémè (La praxéologie sur la praxistique) ?

Nous allons voir l'importance des enjeux attendus par ce changement. Nous observerons la situation sur le terrain, et comment sont actuellement mises en application les précédentes mesures. Nous chercherons en quoi l'histoire est encore active aujourd'hui, dans les modèles professionnels qu'elle propose aux infirmières. Puis, comment se traduisent ces modèles dans la pratique, enfin, nous essayerons de percevoir si ceux-ci sont présents dans l'approche par les étudiants de la recherche et de leurs conceptions de la santé et des soins infirmiers.

(1) R. Magnon définit la recherche infirmière ainsi : *« travaux effectués et/ou conduits par des infirmier(e)s pour développer les connaissances professionnelles et améliorer la pratique infirmière. Il s'agit le plus souvent d'une recherche appliquée. Il peut s'agir de recherche clinique en soins infirmiers, de recherche en éducation, en gestion des soins infirmiers et/ou de recherche sur la profession infirmière. Et dans une perspective plus générale, de soins de santé et de promotion de la santé, la recherche infirmière peut être entreprise par des infirmier(e)s en collaboration avec d'autres professionnels. »* . La recherche en soins infirmiers est une composante de la recherche infirmière *« et s'applique à tous les domaines des soins, qu'ils soient hospitaliers ou extra hospitaliers, qu'ils soient du domaine curatif, préventif ou éducatif. »* (Dictionnaire des Soins infirmiers 2000).

2. PROBLEMATIQUE

2.1.1. Une discipline pour une profession ?

Pour de nombreux auteurs, représentants de la profession, si la recherche infirmière ou en soins infirmiers, doit être le fondement de la pratique professionnelle, il ne faut cependant pas la réduire à des conceptions médicalisées et organicistes dominantes dans le monde de la santé. Celui-ci reste prioritairement dépendant de notions de «cure » fortement liées à la dimension prescrite du soin, ou à sa continuité (ex : éducation du patient pour une meilleure observance du traitement,...). En revanche, les notions de «CARE » sont davantage présentes dans les pays où la recherche infirmière est déjà fortement développée (R. Magnon 2001 p.140).

Si R. Magnon soumet l'existence d'une « science infirmière » à une recherche autonome, évoluant dans un «paradigme infirmier », il faut, pour cela, intégrer à ce dit paradigme les concepts centraux ou «bases originelles » : *«le soin, la santé, la personne, l'environnement et les liens devant réunir ces concepts »*. En ce sens, aujourd'hui, en France, l'avènement d'une « science infirmière » serait soumis à l'existence d'une recherche spécifique, mais à développer par des professionnels encore majoritairement tributaires d'un modèle «technico-rationnel » (A. Abdelmalek, JL. Gérard 1995 p.186). A ce propos, notons la perte de sens et de visée dont fait parfois l'objet l'enseignement en IFSI. Une référence historique, telle que V. Henderson, est réduite à l'énoncé des fameux besoins fondamentaux, limitant ainsi sa pensée à une approche mécaniciste, alors qu'elle affirmait (1994 p.84) : *« Tant que les infirmières restent les membres les mieux préparés de l'équipe pour remplacer les médecins, elles seront tentées, dans l'intérêt du malade, d'assumer ce rôle. Quant à moi, je pense qu'il ne s'agit pas là de leur vrai rôle. En l'endossant, non seulement elles exécutent des tâches auxquelles elles sont mal préparées, mais elles se privent également du terme nécessaire pour accomplir leur rôle principal »*. L'épisode précédent du « diagnostic infirmier », tentative de compléter l'approche médicale par une « sémiologie infirmière », est souvent enseigné avec confusion et réification (R. Magnon 2001), mais aussi de manière plus insidieuse, dans « l'oubli » (1) de la surdétermination médicale, du terme diagnostic, à l'hôpital. Ainsi, à ce jour, dans la majorité des services, les diagnostics infirmiers ne sont pas appliqués et certains professionnels en contestent l'efficacité, voire les considèrent comme un frein à la créativité. L'écart entre les intentions pédagogiques des formateurs, à propos de l'enseignement de la démarche de soins, considérée comme essentielle à la construction du rôle propre, et les représentations de ce rôle propre pour les

(1) Ce «refoulement » de la surdétermination médicale, à l'hôpital, du terme diagnostic, a occasionné un retour symptomatique : nombreux sont les étudiants infirmiers, avec l'accord de certains formateurs, qui relient les diagnostics IDE au diagnostic médical, ... annihilant ainsi tout effort de création d'une sémiologie autonome.

étudiants finissant leurs études, a déjà été démontré par le travail de C. Guimelli (1994). D'ailleurs, leurs revendications et l'affirmation d'un rôle propre, auraient, paradoxalement, diminué la reconnaissance des infirmières : « *On passe de la soumission à la dévalorisation. Avant on était soumises au médecin mais on existait. Maintenant, on se détache du modèle médical et on se retrouve en difficulté. On regrette la soumission et on dévalorise ce qu'on fait aujourd'hui parce qu'on a un idéal trop élevé* » (F. Dubet 2002 p.228). Si, l'enjeu poursuivi au cours de ces 30 dernières années, par les représentants des infirmières, est la transformation du « métier » d'infirmière (pratique contrôlée par des règlements, des normes, asservie à la division du travail, dont l'enseignement relève des « arts mécaniques » (aider à panser)) en « profession » d'infirmière (autonomie garantie par des savoirs spécifiques, une déontologie un enseignement de type universitaire : aider à penser), la formation initiale, bien que terrain privilégié pour initier ce changement, n'évolue pas hors de tout contexte sociologique et historique. Ceci pouvant expliquer une part des déboires des précédentes tentatives (Soins Cadres 2003 n°45). Pour certains auteurs (D. Letourneau 1998), lors de la formation initiale, l'initiation à la recherche doit se limiter à une information et à l'acquisition d'un sens critique. D'autres, se questionnent sur la logique consistant à enseigner la Recherche en Soins Infirmiers (RSI) en IFSI avant que celle-ci soit reconnue et ait un statut de discipline : « *les recherches françaises en soins infirmiers sont peu développées et nous vivons l'étrangeté d'avoir à construire ce qui doit être la recherche en soins infirmier à partir de l'enseignement réalisé dans les cursus de formation, alors que l'on devrait d'abord s'interroger sur la construction, le contenu et le statut de la discipline, lui donner une place officielle, une reconnaissance, des centres de recherche, et seulement ensuite se préoccuper de son enseignement* » (M. Formarier 1997).

Comme nous l'avons déjà rappelé, les tentatives d'introduction de la démarche de soins infirmiers lors de la formation initiale (inspirée du modèle de C. Bernard : observation, élaboration d'une hypothèse, vérification ou confirmation de l'hypothèse) ne rencontrent pas les effets attendus, dans la modification des pratiques et des représentations chez les professionnels. Au Canada, par exemple, ce sont les pratiques qui ont changé, puis la formation s'en est inspirée. Le processus inverse peut mettre les étudiants en situation de dissonance cognitive « structurelle » ... (1). L'analyse d'articles, publiés depuis les années cinquante en Amérique du Nord (Usa, Canada), par F. Ducharme, a permis d'observer une évolution, tant dans la nature des objets de recherche que dans les méthodes employées. Lors de la première période, la recherche de la crédibilité auprès de la communauté scientifique, conduit, les infir-

(1) Ce qui alimente le discours fréquemment entendu chez les étudiants de l'écart entre « la théorie et la pratique » traduction de l'écart entre l'IFSI et les lieux de stages : ARH Ile de France, « *La formation initiale évaluée par les étudiants* » Soins Cadres n°45, 2003.

-mières chercheuses, à emprunter aux sciences expérimentales des méthodes permettant l'évaluation, par le contrôle de variables liées à différentes techniques de soins. Leur conception de la discipline infirmière relève alors du modèle qu'elles nomment (comme nous le verrons) de la « catégorisation », c'est-à-dire d'un modèle biomédical, qui conduit à considérer que « *le modèle expérimental est l'étalon de la recherche dite scientifique* » (F. Ducharme 2000 p.21).

Lors de la période suivante, les modèles conceptuels des théoriciennes infirmières, servent de fondement à des recherches descriptives : des études de corrélation entre diverses variables sont publiées, la méthode différentielle est à l'honneur. Ce n'est que vers les années 80 que vont s'opposer les approches provenant d'un « schisme » du monde de la découverte où « *on préconise les approches déductives ou inductives, la recherche de causalité ou la compréhension en profondeur de phénomènes.* » (F. Ducharme 2000, p21). Cette opposition, qui a tenu parfois du prosélytisme d'un camp ou de l'autre, est aujourd'hui partiellement dépassée en Amérique du Nord, car même si les infirmières chercheuses veulent se dissocier « *du modèle expérimental bio-médical, est-il nécessaire de rejeter cette approche de recherche ? [...], l'ethnographie issue de l'anthropologie et la phénoménologie issue de la philosophie sont-elles les méthodes les plus adaptées pour le développement des connaissances ?* » (F. Ducharme 2000 p.22). D'où, l'importance pour certains, d'élaborer puis d'utiliser, des méthodes de recherche spécifiques aux sciences infirmières, ce qui constituerait la marque distinctive des disciplines « matures » et qui aurait le mérite d'être en lien avec le modèle holiste (E. Barret cité par F. Ducharme 2000 p.22). Ce point de vue n'est pas partagé par l'ensemble des chercheurs, qui contestent l'idée que la recherche soit « taillée sur mesure » pour des praticiens voulant le rester (M. Vial 2000 p.182).

Malgré ces incertitudes, la cause semble entendue, car la formation à la recherche est une des conditions permettant d' « *ériger la discipline des soins infirmiers en une science infirmière* » (R. Magnon 1998), et qu' « *il est grand temps pour les infirmières françaises d'oser braver les écueils, tous les à priori, toutes les résistances et osent clamer qu'ils (elles) peuvent et qu'ils (elles) doivent entrer dans le champ de la recherche scientifique* » (R. Magnon 2001) (1).

2.1.2. Initiation à la recherche : pour une praxéologie ou pour une praxistique ?

Mais, au-delà de cette nécessité pour les infirmiers de collectivement construire un savoir disciplinaire autonome, la recherche, même dans sa dimension initiatrice, clarifie ce qui est flou, donne du sens à ce qui est incohérent, et distingue l'important du secondaire pour le formé. Rédiger un mémoire de fin d'études à visée professionnelle, nécessite de solliciter des

(1) Même si on doit entendre que le TFE ne doit pas résumer à lui seul l'enseignement de la RSI, en réalité, il semble avoir « après-coup » comblé ou donné du sens à la RSI plus ou moins proposée dans les IFSI.

connaissances et des compétences cognitives, qui convoquent des savoirs pouvant façonner l'identité de l'étudiant, travailler son raisonnement, modifier son regard sur une future pratique soignante. En mobilisant les quatre modalités principales qui selon R. Sainsaulieu (1999) favorisent l'accès à l'identité professionnelle : « l'appartenance, l'œuvre, la trajectoire, l'affrontement », le TFE serait la voie « royale » vers une construction identitaire. Contrairement à d'autres supports de formation plus classiques, il favorise l'expression de la part du subjectif professionnel (le style). L'auteur du TFE est en posture de questionnement et par le passage à l'écrit peut « *exprimer l'absence de maîtrise absolue, renforcer ainsi la prise de conscience de la dérobade des vérités théoriques et des a priori fondateurs qui montrent leurs insuffisances face à la complexité et à la résistance de l'action* » (S. Edet 2003). A cette fin, G. Bachelard (1989 p.247) met en garde contre un enseignement dogmatique de la recherche. Il plaide en faveur d'un « *enseignement socialement actif* » pour « *inquiéter la raison et déranger les habitudes de la connaissance objective* », où « *les professeurs [ne] remplacent [pas] les découvertes par des leçons* », afin de développer davantage « *l'instinct d'originalité* » plutôt que « *l'instinct d'objectivité sociale* ». Il faut pour cela donner un autre statut à l'erreur, ne pas laisser croire à l'étudiant que toute découverte résulte de l'application d'une logique implacable, sans hésitation, sorte de conduite protocolaire sans faille... Or, comme l'indique MF. Colliere (1982), il existe une contradiction importante dans les projets pédagogiques : l'affirmation de vouloir former des étudiants autonomes se questionnant, et le fait de les enfermer dans des modèles comportementaux. Lorsque, par exemple, l'enseignement des théories de soins se limite à l'affirmation de formes de pensées systématiques, il fige les dispositifs suivant un modèle de formation centré sur les acquisitions, définissant, en cela, un « *métier à apprendre* » comme « *un ensemble de techniques à maîtriser ...* » et où « *quand bien même les discours tenus plaident en faveur de « méthodes actives », vantant les vertus du « travail indépendant » ou vont jusqu'à prôner l'autogestion à l'école, ces discours sont presque toujours contredits et mutualisés par les effets puissants du dispositif et du type de démarche auquel il contraint* » (G. Ferry 2003). Ce serait donc une toute autre posture à laquelle devrait accéder le formateur enseignant la recherche.

Par exemple, dans une enquête québécoise citée par F. Cros (1998 p.242-247), portant sur « *le tutorat à visée de formation à la recherche* », la posture du formateur est mise en évidence sur deux pôles :

- un pôle « *professionnalisant* » visant à faire des étudiants des chercheurs, supposant des acquis méthodologiques sérieux,
- un pôle « *développementaliste* » favorisant l'initiative, la mise en recherche, où l'accent est mis sur un questionnement personnel.

Suivant l'intention, il sera nécessaire pour le tuteur, mais aussi l'institution pour laquelle il travaille, d'user de la combinaison de quatre « *stratégies éducatives* » : didactique, maïeutique, dialectique et logistique, pour le développement personnel et social, et de favoriser la professionnalisation par la recherche, en mettant l'accent sur une supervision puisant « *aux traditions herméneutique, phénoménologique et didactique critique* » où « *la dyade superviseur / supervisé conceptualise les aspects critiques, élabore des questions et transforme le tout en un projet de recherche* ». Pour l'auteur, même s'il ne s'agit pas de chercheurs professionnels, il ne faut pas pour autant privilégier l'aspect « *développementaliste* » lors de l'exercice du tutorat. L'enseignant chercheur lui-même, et c'est cela sans doute la condition essentielle, permettrait la mise en œuvre de ce que G. Ferry nomme une « *pédagogie de détournement* » (G. Ferry cité par F. Cros 1998 p.252) au profit de l'élaboration de connaissances dans le champ de la pratique et de l'élaboration d'idées nouvelles et éventuellement nouvelles pratiques dans le champ des pratiques professionnelles. S'il en est ainsi du rôle du formateur, c'est qu'il se reconnaît dans certaines valeurs et références qui lui permettent de favoriser « l'ouverture » des étudiants plutôt que la perpétuation de ce que l'on nomme des habitus (C. Peyron-Bonjan 2005).

Nous le verrons plus loin, le modèle de référence encore dominant dans les services de soins et plus partiellement dans les IFSI est « *mécaniciste* ». Or, « *il n'y a pas d'objet qui soit au-delà de la manière dont on s'en empare, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'objet scientifique ou réel qui soit indépendant du dispositif à travers lequel on le connaît* » (P. Berger cité par M. Genthon 1997). Les problèmes complexes auxquels s'attaquent les chercheurs, en l'occurrence en Sciences de l'Éducation, mais cela peut-être étendu au domaine de la santé, peuvent conduire à la recherche de méthodes s'inscrivant dans une même « *vision du monde* » car « *une méthode implique aussi un positionnement épistémologique* » (M. Vial 2000 p.99 C). Ainsi faut-il, pour qu'un certain cheminement ait lieu, que l'écriture du TFE ne soit pas conditionnée par un « *principe formateur* » et que ne soit pas encouragée la conformité, permettant ainsi que la formation ait pour finalité de favoriser l'expression du libre arbitre et de libérer des modèles prônant la fidélité à la tradition (G. Ferry cité par F. Cros 1998 p.9). A cette fin, c'est bien la capacité à se mettre en recherche, et pour cela de bénéficier d'une réelle autonomie qui, bien que revendiquée dans les programmes et projets pédagogiques des IFSI, pourrait paraître tenir d'une « *mystification pédagogique* » car « *les formateurs seraient tirillés entre deux idéaux, l'un d'évolution, l'autre de reproduction, former des infirmiers porteurs de nouvelles compétences, capables de modifier par leur arrivée le projet professionnel et former des infirmières détentrices de savoir-faire et de valeurs qui leur permettent de s'intégrer dans les organisations de soins existants. Or, c'est le positionnement du groupe professionnel dans la*

société mais aussi par rapport aux autres groupes qui fait évoluer le système de valeurs et le champ de compétences de l'individu plus que l'inverse » (MJ. Renaut 1999 p.77).

Ce faisant, même si les formateurs sont porteurs d'un idéal social, tout faire reposer sur la formation comme princeps des processus de changement, ne serait-ce pas négliger l'influence des structures sociales actuelles, les mettant hors de portée de toute contestation et ainsi favoriser leur maintien? D'autant qu'à des écueils propres à la profession, l'accès à la recherche et à l'écrit revêt en général des difficultés de nature épistémologique. Il existe une représentation des sciences qui empêche de faire des sciences. Elles sont souvent comprises sous la forme d'une accumulation de connaissances à maîtriser, alors qu'il s'agit plutôt d'être capable d'analyser la réalité avec un esprit critique, se poser des questions, vouloir construire des savoirs,... (G. De Vecchi 1997 p.14-20).

2.1.3. De la parole aux actes ...

Le CEFIEC, soucieux d'harmoniser les dispositifs (1) en matière d'exigences et d'évaluation à propos du TFE, coordonne courant 2002 des groupes de travail régionaux, qui procèderont au choix du contenu (initiation à la recherche, ou non) et élaboreront à un cahier des charges, valable pour l'ensemble des IFSI d'une même région. Un «sourd désaccord» était perceptible dans et au-delà de ces groupes. Au point que certains représentants du CEFIEC, plutôt «en pointe» sur le dossier, faisaient part avec anticipation de leurs inquiétudes concernant l'évaluation du Diplôme d'Etat 2004 (F. Locatelli, N. Ponthier 2004), *«Je me demande si la disparition de l'écrit du Diplôme d'Etat, n'est pas en train de provoquer des effets pervers sur les différentes évaluations ...»*.

Peut-on vraiment parler d'effet pervers? Certaines manifestations d'inquiétude chez les formateurs portent autour de l'abandon du cas concret écrit du DE. Celui-ci semblait garantir une épreuve ultime, obligeant les étudiants, par anticipation, à une certaine rigueur en matière d'acquisition de connaissances, vertu que ne semblait pas posséder le futur TFE (2). Ainsi, des exigences plus importantes se font jour : les contrôles de connaissances à l'issue des modules d'enseignement deviennent plus rigoureux. Les attentes des formateurs lors des épreuves de Mises en Situation Professionnelle (épreuve pratique en service de soins) (3) sont aussi plus fortes. Ce qui était pressenti s'est produit quatre mois plus tard en région PACA : le nombre d'échecs au Diplôme d'Etat est le double de celui de 2003 (4).

(1) Une étude réalisée de 1994 à 1997 par l'ARSI à partir de 142 TFE et émanant de 19 IFSI publics et privés a mis en évidence des réalités fort différentes pour la réalisation de ces travaux, au niveau : des objectifs visés, des problématiques traitées, des méthodologies enseignées, des démarches de guidance des travaux, des modalités de réalisation. Recherche en Soins Infirmiers 1998, n°52.

(2) L'absence de note éliminatoire au TFE a été plusieurs fois questionnée lors des réunions de travail régional.

(3) Dorénavant noté MSP.

(4) Résultats PACA : 2002 : 1167 candidats / 79 échecs, 2003 : 1421 candidats / 65 échecs, 2004 : 1449 candidats / 135 échecs (source : DRASS PACA).

L'interprétation, la plus courante, de cette situation paraît être un raidissement des jurys, lors des MSP, s'investissant du rôle d'ultime garant des bonnes pratiques. Pour autant, quels que soient les motifs, les intentions, la question qui nous préoccupe est de savoir, si comme pour les propositions passées, visant toutes à induire la construction de l'identité professionnelle individuelle et collective, il existerait quelque chose de l'échec programmé, lié à la persistance de modèles historiques, qui réduisent «à néant» l'introduction de nouvelles conceptions de l'exercice professionnel infirmier. Où en sommes-nous aujourd'hui, dans les services, de l'avancée de la profession ?

2.1.4. Quel contexte général ?

Un rapport de l'OMS (J. Salvage, S. Heijnen 1997) consacré aux conditions de travail et d'exercice des professions du nursing et des soins infirmiers met en évidence des tendances lourdes en Europe. La réduction générale des temps d'hospitalisation, l'accroissement exponentiel de l'outillage technologique, se traduisent par un élargissement des compétences infirmières en direction des soins «aigus». Si les soins de suites et la Santé Communautaire sont en progression, ils le sont essentiellement dans l'espace Nord Européen. Cette situation est confirmée sur le plan national. Dans le cadre de son programme d'études portant sur les «Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé» (F. Acker 2004), la DREES (1) observe que : la réduction des lits, la multiplication des prises en charge ambulatoires ou de très long séjour, le passage aux 35 heures et un turn-over important des nouveaux personnels, conduit à l'impossibilité d'établir des relations avec les patients faute de temps, le travail d'écoute se focalisant sur des problèmes repérés, le reste étant renvoyé à d'autres professionnels (psychologues, ...).

Les sorties des patients, de plus en plus précoces, nécessitent la délégation d'une partie des tâches jusqu'alors considérées comme infirmières, et leur renvoi sur les professionnels de ville. Ceci, aspect positif, induit une approche éducative plus importante, mais, s'inscrit dans la continuité de la prescription médicale. On note aussi l'apparition d'un sentiment d'insécurité chez les infirmières, du fait de l'absence de configuration lisible permettant d'appréhender l'avenir, ce d'autant qu'*«elles ont à faire avec des remaniements qui ont des effets sur leur travail, sans avoir presque jamais été partie prenante des décisions»* (F. Acker 2004). D'une autre enquête il ressort que, plus que les autres personnels, les infirmières hospitalières ont le sentiment de vivre de fréquentes situations «pénibles», le travail requiert davantage d'attention, des efforts physiques accrus, enfin que *«la nécessité d'appliquer strictement les consignes pour faire son travail s'est renforcée en cinq ans»* (C. Maisonneuve 2004). Bien que

(1) DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

profession majoritaire dans le secteur (1), l'infirmière, observateur et acteur privilégié de l'état de santé de la Nation, jouit de peu d'influence sur la politique de Santé Publique : « *la profession infirmière est ignorée, bâillonnée. Les médecins parlent par procuration non légitime de notre profession, de nos compétences, de notre place dans le système de santé, de notre statut, de l'évaluation de notre métier en faisant fi de la réflexion, des pratiques, des attentes et des propositions de 400 000 infirmières* » (Collectif infirmier 2004). En 2003, les rapports se succèdent (2) et relayent le plan « Hôpital 2007 » (3). si on y parle d'infirmière « *clinicienne* » c'est d'une fonction d'auxiliaire médicale dont il s'agit, de « *tâcheronnes des médecins* » disent certains (Collectif infirmier 2004). Cet ensemble de propositions, n'ayant été l'occasion d'aucune concertation (B. Fabrégas 2003), n'est pas sans susciter des divergences au sein de la profession, on retrouve d'un côté les tenants de la spécificité des soins infirmiers, qui défendent la transversalité et souhaitent une délégation de compétences, et de l'autre, ceux qui voient dans ces spécialisations et délégations d'actes de nouvelles possibilités de carrière (C. Dekussche 2004 p.9). Même, l'exclusion par le plan Hôpital 2007, des coordinateurs et directeurs de soins des instances décisionnelles de la nouvelle gouvernance hospitalière ... ne suscite que peu de réactions chez les professionnels de terrain. Attitude habituelle dans le corps infirmier, partagé entre une volonté d'émancipation affichée et un « conservatisme apparent » sur le terrain.

2.1.5. Les paradoxes de la profession infirmière.

Il existe une forme de dissociation de l'identité infirmière quasi ancestrale, nous le verrons dans l'approche historique, qui est souvent ranimée par l'actualité.

Depuis les mouvements infirmiers de la fin des années 80, l'infirmière a acquis une part de reconnaissance dans les textes et dans l'opinion publique. La loi et le corps social lui reconnaissent des « qualités », voire des compétences, des droits, et en lui signifiant des devoirs, semble lui accorder une identité professionnelle « adulte ». Certains signes, dans les services, laissent penser qu'un écart persiste entre des représentations, émanations des représentants du collectif, et des représentations à l'œuvre dans les établissements et les unités de soins. Une enquête de la revue Objectif Soins (P. Lalanne, MD. Skrodzki 1992, n°6), quelques années après cette période de revendication de plus d'autonomie, de plus de responsabilité,

(1) « Question d'économie de la santé », n° 33, octobre 2000, bulletin d'information en économie de la santé CREDES : infirmières : 36% ; aides-soignantes : 33% ; médecins généralistes : 18% ; kinésithérapeutes : 5% ; chirurgiens dentistes : 4% ; autres paramédicaux : 3% ; sages-femmes : 1%.

(2) « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », BERLAND. Y 17 oct 2003. « Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de santé », MATILLON. Y, août 2003. « Le désenchantement hospitalier », COUANAU. R, 19 mars 2003. « Rapport intermédiaire de la Commission Pédagogique Nationale de la première année des études de santé », DEBOUZIE. D, 24 sept 2003.

(3) Plan « Hôpital 2007 » : plan gouvernemental pour les établissements hospitaliers publics et privés au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française.

mettaient en évidence, l'état de confusion dans lequel se trouvaient les professionnelles, dès qu'il fallait se prononcer clairement sur les conséquences pénales, civiles et disciplinaires de ces notions (1).

L'intérieur des établissements est un lieu propice au morcellement du corps professionnel : les infirmières s'opposent entre « *techniciennes* », « *bureaucrates* » et « *relationnelles* ». Il s'agit de catégories « *spontanées* » entre lesquelles s'organise le « *commérage* » : les relationnelles critiquent les techniciennes et les bureaucrates qui se critiquent entre elles et méprisent les relationnelles (F. Dubet 2002 p.221-228). Il existe aussi une dissemblance entre l'infirmière exerçant dans la Fonction Publique ou salariée du secteur privé, et l'infirmière libérale, fréquemment issues de catégories sociales différentes et dont le choix de lieu d'exercice est conséquent des variations de leur représentation sociale de la notion de « rôle propre » (A. Vilbrod 2000). Persiste également chez les jeunes infirmières, un système de hiérarchisation des services hospitaliers, associant des critères techniques et médicaux et des notions de dignité scientifique, de provenance sociale des malades, de leur potentiel de guérison. Ces comportements et ces conceptions tiendraient pour une part d'une règle « sous » identitaire rendu d'autant plus possible qu'« *il n'y a pas de noyau dur du métier, il y aurait une absence de centre* », et d'autre part de ressentiments, car « *beaucoup ont échoué au concours d'entrée en médecine et ne s'en consolent pas* » (F. Dubet 2002 p.218-221).

Dans les soins, alors que l'activité relationnelle est revendiquée, elle n'est pas prise en compte, faiblement reconnue par la hiérarchie, et au final considérée comme du « *sale boulot* » dont les professionnels peuvent souffrir (F. Dubet 2002 p.218-221). A ce sujet, la formation des étudiants s'avère particulièrement douloureuse, car elle s'exercerait sur eux par une forme de violence symbolique : « *Les formateurs dépassent ce qui est de l'ordre de la formation, ils interviennent sur notre personnalité* ». Ils inciteraient les étudiants à s'engager dans une relation « *authentique et vraie au patient* », suivant des modalités « *floues* », renvoyant à « *une sorte de grâce, de vocation sans foi* » absolument nécessaire, car « *ce n'est pas seulement le médicament qui soigne, mais c'est aussi la relation avec le malade* » (F. Dubet 2002 p.214-217). La seule issue étant, au final, de réifier le processus relationnel en le transformant en une « *technique* » professionnelle.

Mais d'ailleurs, peut-on vraiment parler de profession pour les infirmières, au sens que donne habituellement à ce terme la sociologie anglo-saxonne ? On serait tenté de répondre encore aujourd'hui par la négative. Si séparer avec précision ce qui relève de la profession et ce qui

(1) Formateur j'interviens auprès de professionnels en activité, sur des sessions concernant les droits du malade, l'état de méconnaissance des responsabilités des IDE persiste, j'en témoigne...

relève du métier est un débat d'experts, il est d'usage de considérer que la « profession » (1) découle d'une activité à dominante intellectuelle, dont l'exercice exige des connaissances et des compétences spécifiques, d'un haut niveau, résultantes d'un savoir disciplinaire propre enseigné par des pairs, d'une autonomie d'exercice garantie d'une part par la production et l'exercice d'un droit « d'en bas » (code de déontologie), et d'autre part d'un consensus social favorisant l'expression d'une organisation professionnelle fédératrice au sein de représentations sociales de caractère positif. Or, nous l'avons vu, les infirmières décident peu par elles-mêmes de la définition de leur exercice professionnel, de leur niveau de formation. Elles ne possèdent pas d'ordre professionnel et restent tributaires pour la formation initiale et continue, d'autres savoirs constitués : la médecine, la psychologie, ...

E. Durkheim (1975) considère que le milieu d'origine d'une profession, là où se construit son « tissu », continue de l'influencer dans l'ensemble des milieux dans lesquels, ensuite, elle évolue. Le lieu de tissage de la profession infirmière est l'institution hospitalière, au sein de laquelle elle reste encore prolétarisée. Cependant, si l'édification d'une profession en quête identitaire s'insère dans des mouvements historiques et sociaux plus larges et la dépassant, elle est également tributaire des effets de l'engagement de certains acteurs, travaillant sur leur propre historicité. Ce travail, induit par une conscience de sa place et de son rôle dans la production de modèles sociaux, provient aussi d'une connaissance d'un héritage culturel, d'un patrimoine de savoirs propres à sa lignée. Sans cette conscience du passé, les infirmières françaises sont en difficulté pour exister comme partenaire social et économique, et demeurent ainsi assujetties, en dépit d'efforts de groupes isolés. Retrouver les traces de cette histoire, c'est réactiver ce qui alimente la mémoire collective, c'est aussi mettre en évidence en quoi, chaque génération, s'inscrit dans un continuum dont elle est en quelque sorte le produit.

(1) profession : (économie) activité rémunératrice exercée habituellement par quelqu'un.

• Bureau International du Travail (BIT): « *Activité professionnelle de caractère intellectuel, dont l'exercice exige des connaissances et des compétences de haut niveau, généralement acquises dans le cadre d'études supérieures universitaires ou autres, dans des domaines tels que le droit, la médecine, la physique, les mathématiques,...* ».

• BLIN J-F : « *L'étymologie rappelle que le terme « profession » dérive de la profession de foi accomplie, en particulier, lors des cérémonies d'intronisation dans les communautés de métiers, l'essor des universités va influencer la dissociation des arts libéraux des arts mécaniques jusqu'à les opposer. Les « professions » aux productions plus intellectuelles, sont enseignées dans les universités tandis que les « métiers » relevant des arts mécaniques, vont être dévalorisés dans la société d'Ancien Régime. L'opposition entre « profession » et « métier » doit être associée à une distinction socialement structurante et reproduite jusqu'à aujourd'hui : celle de l'intellectuel et du manuel* ». (Jean-François BLIN, « Représentations, pratiques et identités professionnelles » L'Harmattan, Paris 1997 p48).

• DUBET F : « *Longtemps les enseignants ont été des prêtres, les ordres charitables ont mobilisé des religieuses pour en faire des infirmières, les premiers éducateurs étaient des militants plutôt que des experts en psychologie de l'enfant. Dans le contexte d'un programme institutionnel primitif, la vocation s'imposait totalement au professionnalisme, plus exactement, le professionnalisme n'était que l'incarnation de la vocation et sa mise en forme technique. Depuis, la vocation professionnelle est devenue une « ascèse intramondaine » tournant le dos à la contemplation et choisissant des formes actives de salut. La source religieuse des professions, y compris les plus profanes aujourd'hui, a été mise en évidence par WEBER. A ses yeux, la première figure du professionnel est celle du magicien, puis celle du prêtre, qui développe une manière d'agir symbolique, qui est un médiateur entre les hommes et les divinités. Par le biais du protestantisme et de la vocation profane, les professions se sont progressivement rationalisées, se détachant de leur fonction sacrée.* » (François DUBET, « Le déclin de l'institution », Seuil, Paris 2002, p31).

L'histoire des institutions chargées de la formation de ces professionnelles (leurs programmes successifs, ou leur absence de programme, ainsi que leurs systèmes de références) doit donc être questionnée.

2. 2. Approche historique et anthropologique de l'infirmière.

Tout l'enjeu de la réforme portant sur une initiation à la recherche en soins infirmiers dans le cadre du TFE, vise à l'autonomie que pourrait acquérir les infirmières, par l'intermédiaire d'un nouveau questionnement de caractère scientifique, mis en forme par un recours à l'écriture. L'exercice de l'écriture, la prise de responsabilité qu'il induit, la réflexion à laquelle il engage, est un des fondements de la construction d'une profession. Comment construire et transmettre un savoir sans élaborer celui-ci, sans l'inscrire dans une symbolique partagée par des initiés ? L'écrit autorise à prendre de la distance avec le présent, à construire un discours désynchronisé et donc précurseur de projets collectifs. C'est bien sûr aussi la possibilité d'enregistrer des savoirs, de les mettre en perspective avec d'autres, et dans une certaine mesure, favoriser l'émergence d'outils conceptuels propres à une discipline.

Or, en portant notre attention sur le passé du personnel infirmier, nous sommes conduits à constater que son activité s'est progressivement inscrite au sein d'une relation thérapeutique créée par la maladie, orientée vers la guérison. Cette situation impose à chaque acteur : malade, médecin, infirmier, d'évoluer dans la logique du discours médical, qui cherche les symptômes afin de les transformer en signes cliniques, ceci avec une conscience déjà orientée vers l'identification d'une maladie. Dans ce schéma, les rôles sont définis suivant une relation hiérarchisée où le médecin praticien, compte tenu de sa compétence (celle de remettre de l'ordre dans le désordre dont souffre le patient), attend de ce dernier un rapport de confiance et de l'infirmier, une docile efficacité, s'inscrivant dans une logique de lutte contre une maladie répertoriée, nommée, localisée, à un organe ou une fonction (1).

Au cours du temps, basculant de plus en plus vers le scientifique, le technique et le rationnel, soumise à des contingences économiques ainsi qu'à des contrôles de performance, la médecine s'extrait du champ ésotérique de l'art, et entraîne, dans une forme de vertige, l'ensemble des acteurs concernés. Chez les personnels soignants, la dimension caritative, en harmonie avec des processus vocationnels, s'est progressivement professionnalisée et « refroidie », en recouvrant de conceptions psychologisantes l'ensemble des relations interhumaines, par le passé investies par des croyances et des rituels instituants (F. Dubet 2002 p.229).

(1) M. Foucault (1963 p.190-193) insiste sur la nécessité qu'ont les pères de la clinique médicale de localiser « l'affection pathologique », et cite Broussais, pour lequel « la maladie est de l' « espace », réductible à un organe et induisant une approche consistant à : « 1°) déterminer quel est l'organe qui souffre, « ... » « 2°) expliquer comment un organe est devenu souffrant, » « ... » « 3°) indiquer ce qu'il faut faire pour qu'il cesse de souffrir ».

Dans les chapitres suivants, sera développée une approche chronologique de l'histoire infirmière afin de mettre en évidence l'origine et la persistance de certains traits actuels. La première partie concerne la « protohistoire » de l'infirmière, celle qui a été oubliée par elles-mêmes, car elles ne possédaient pas l'écrit. La deuxième partie est celle du rôle de l'infirmière, elle interprète une histoire écrite par d'autres, la troisième partie concerne enfin quelque chose ressemblant à une autobiographie professionnelle, timidement l'infirmière devient auteur de son histoire et de sa pensée.

2.2.1. Les femmes soignantes : une protohistoire.

« L'agent, partie des agencements du système, défini par ses fonctions qui impliquent un modèle mécaniciste surtout référé à l'espace, reste essentiellement agi par la finalisation ou par la détermination de l'ensemble. » (Ardoino 1993)

La connaissance de l'histoire de la profession par les infirmières françaises et, corrélativement, leur capacité à comprendre les enjeux actuels et futurs, est récente, ce qui constitue d'ailleurs une des différences notables d'avec leurs consœurs des pays anglo-saxons (MF. Colliere 1982). Cette absence de mémoire, s'origine sans doute dans l'exclusion de l'Antiquité au Moyen-Age des femmes soignantes (matrones, sages-femmes, guérisseuses) des sanctuaires de l'écrit : les lieux de culte et plus tard les universités. Elles seront ainsi reléguées de l'histoire, et leurs savoirs empiriques seront soit adoptés par la médecine, soit, parce que justement privés de l'expression écrite, considérés comme profanes, c'est-à-dire, comme portant atteinte aux *« Savoirs orthodoxes des gens de l'Écriture »* (MF. Colliere 1982).

On leur substituera, plus tard, les femmes « consacrées », vêtues de robes blanches symbole de pénitence, exerçant dans les Hôtel-dieu, auxquelles les ordres monastiques médiévaux imposeront chasteté, obéissance absolue, désintéressement, humilité et silence. Cette mise sous silence et cette exclusion du monde du Savoir, favorisent l'oubli du rôle joué par ces femmes, et ont des conséquences actuellement. Dans un article d'*Infirmière* magazine de janvier 2005, A. Perraut-Soliveres considère que les infirmières *« ignorent le passé », « ne s'intéressent pas au futur de leur profession »*, et que malgré un meilleur niveau scolaire *« elles ne construisent pas, elles passent »*. Elle évoque une règle intégrée : *« le médecin, parle, écrit, l'infirmière se tait. »*. Se taire est bien la fonction essentielle dévolue à ces femmes, dont la mission est consacrée à l'écoute de la souffrance, au recueil du dernier souffle, Sauver les âmes est au centre de l'épistémè médiéval. A cette période l'église créé aussi des écoles, dont le projet est la conversion, c'est-à-dire, *« un mouvement profond par lequel l'âme toute entière, se tournant dans une direction nouvelle, change de position, d'assiette et modifie par la suite son point de vue sur le monde »* (E. Durkheim 1990).

Notons que pour Durkheim, l'histoire de l'école reste celle d'une laïcisation de ce projet initial, l'idée de conversion reste au cœur du programme institutionnel et « *Ce qui est vrai pour l'institution école l'est aussi pour l'hôpital de la charité ou de la science* » (F. Dubet 2002). (1)

Nous comprenons pourquoi l'ancestralité de ce personnel religieux, dont le processus vocationnel vaut compétence, conduira ultérieurement la Convention puis la Troisième République à considérer pendant longtemps que ce rôle pouvait être assuré, sans aucune formation, dans la limite où il s'agissait de citoyennes connues pour leur fidélité à la République et obéissant aux principes médicaux. Ces principes, dès cette période, feront l'objet de nombreux écrits sur la base desquels sera envisagé le « rôle » de l'infirmière.

2.2.2. Le rôle de l'infirmière.

« *L'acteur joue ou interprète sa partition ou son texte. Il ajoute certainement plus ou moins au livret initial, mais il n'en devient pas pour autant l'origine...* » (Ardoino 1993)

Le « rôle » de l'infirmière, vocable largement utilisé aujourd'hui en association aux qualificatifs « prescrit », « propre », ... est en priorité défini par l'espace social que lui concède l'institution hospitalière. L'étymologie du terme « rôle » provient du bas latin « rotulus », rouleau sur lequel est écrit un texte, une liste, servant de référence à une interprétation. L'interprétation de ce « rôle » peut présenter une variation de style, mais reste néanmoins tributaire du texte d'origine. Les rôles représentent l'ordre institutionnel et c'est à travers leur exécution que l'institution existe. « *Dès que les acteurs sont typifiés en tant qu'exécutants de rôles, leur conduite est ipso facto susceptible d'être appliquée. L'obéissance ou la non obéissance aux types de rôles socialement définis cesse d'être optionnelle* » (P. Berger, T. Luckmann 1996 p.105).

De son rôle, l'infirmière n'est qu'acteur, l'auteur en est nettement le médecin. Ainsi, pour la première fois en France sous la 3^{ème} République, à la différence de courants religieux et philanthropiques dans le reste de l'Europe, ce sont des médecins hygiénistes et laïcs, qui, héritiers des médecins post révolutionnaires « *qui ont vu naître deux grands mythes dont les thèmes et les polarités sont opposés ; mythe d'une profession médicale nationalisée, organisée sur le mode du clergé et investie au niveau de la santé et du corps, de pouvoirs semblables à ceux qu'il exerce sur les âmes ; mythe d'une disparition totale de la maladie dans une société sans troubles et sans passions, restituée à sa santé d'origine* » (M. Foucault 1963 p.31), font de l'enseignement du personnel infirmier un enjeu politique et proposent sous la forme d'une instruction technique, la méthode aseptique, fille du « génie Pasteurien ».

(1) N'y a-t-il pas quelque chose de ce qui fonde la mission historique des institutions Ecole et Hôpital, quand (comme nous l'avons déjà dit) les formateurs des IFSI proposent avec insistance et dans un certain « flou » aux étudiants de s'engager dans une relation « *authentique* » et « *vraie* » avec les patients, ce que les formés considèrent comme une intrusion ?

C'est à cette période que la médecine occidentale bascule définitivement du côté de la science. Elle s'était interrogée longtemps pour savoir si elle relevait de l'art ou de celle-ci, mais les découvertes scientifiques, étayées par les principes de la médecine expérimentale de C. Bernard, centrent la pensée médicale sur l'objet, segmentent les observations, nécessitent une démarche plutôt déductive, la recherche de liens avec des lois générales et la nécessité de reproduction des phénomènes. Les médecins assortissent assez tôt ces conceptions, de préceptes moraux autour des notions d'ordre et de mise à distance du corps (distanciation de l'objet). L'adhésion des infirmières à ce nouveau modèle d'enseignement est d'autant considéré comme indispensable, que les principes de l'asepsie rencontrèrent, dans un premier temps, beaucoup de résistance chez les médecins opposés à la République et favorables à la perpétuation de la présence religieuse dans les hôpitaux : Desprez (monarchiste et catholique), chirurgien et adversaire de O. Bourneville (républicain et franc-maçon), « *est pour les sœurs comme il est contre les antiseptiques* » (A.M. Prevost 1988). Cet affrontement idéologique va nourrir chez les médecins républicains une lutte contre tout ce qui représente « l'irrationnel ». L'art qui relève davantage du symbole, des émotions, de la relation, d'une démarche intuitive centrée sur le sujet, se trouvera minoré : la science a raison sur l'art, la technique a raison sur l'émotion. Durant la même période, les techniques d'anesthésie rencontrèrent un vif et rapide succès, et, au-delà du confort évident pour le patient, cette adoption s'explique car elle se situe dans la continuité des connaissances provenant de l'étude séculaire d'une anatomie sur cadavres, c'est-à-dire un corps dont l'esprit est séparé. E. Goffman (1968 p.395-396) explique, à ce propos, que le schéma de réparation dans lequel s'inscrit la pratique médicale, oblige le médecin à scinder le corps porteur de la maladie et le client, car celui-ci « *s'intéresse de trop près à ce qui arrive à ce corps et [...] occupe une place excellente pour observer ce qu'on lui fait* ». Il reste au praticien deux solutions : soit le traitement « *impersonnel* » où tout se passe comme si l'individu était là comme un « *objet banal que quelqu'un aurait laissé et non comme une personne* », ou l'anesthésie, qui permet d'anéantir l'expression de l'esprit durant la manipulation du corps. (1)

Les manuels d'enseignement de la 3^{ème} République, pour les infirmières et les gardes-malades, écrits par des médecins, des militaires ou des ecclésiastiques (R. Magnon 1988) proposent une approche du corps malade, visant à habilement le saisir et à prévenir le risque de toute contamination. Les soins courants d'entretien, objets de recommandations et de conceptions morales encadrent méthodiquement les tâches devant être accomplies : « *L'infirmière de tête glisse ses mains sous les épaules du malade et reçoit la tête dans la gouttière que forment ses avant-bras, les infirmières qui se font vis-à-vis, glissent les mains sous les reins et le bassin, le*

(1) On peut songer aussi aux conceptions d'Ivan Illich (1981), pour qui, par l'aliénation de la douleur, la médecine industrielle augmente insidieusement la dépendance du sujet à la technique et donc le pouvoir du praticien.

quatrième porte les jambes, une main sous les jarrets, l'autre sous les mollets... » (Bourneville cité par R. Magnon 1988). Cet enseignement induit un contrôle de la relation liant corps soignant / corps malade. Dès le 18^{ème} siècle, période pré-machiniste, la nature mathématisée devient un objet promis à une connaissance parfaitement intelligible, et en conséquence à une maîtrise intégrale. L'articulation du corps et de l'objet manipulé s'inscrit dans une discipline qui définit précisément le rapport corps/objet, qu'elle dessine, comme un engrenage « soigneux ». Cela confère au corps un statut d'objet, comme une figure d'horloge biologique (M. Foucault 1993, p.154-155). Les mains de l'infirmière deviennent des instruments guidés par la pensée médicale. Ces techniques du corps définissent une pratique professionnelle : « *Le corps est le premier et le plus naturel instrument de l'homme ou plus exactement, sans parler d'instrument, le premier et le plus naturel objet technique, et en même temps moyen technique, de l'homme c'est son corps* » (M. Mauss 2001). Par la réification du corps malade, il y a aussi interaction sur le corps de l'infirmière, la morale bourgeoise favorise l'énoncé de recommandations dépassant les recommandations aseptiques : « *Si votre col ne remonte pas le long de votre cou, en deux pointes devant et derrière, il ne devra pas non plus être remplacé par une échancrure dépassant en arrière la septième apophyse dorsale et en avant la partie inférieure du sternum* » (P. Tridon cité par AM. Prévost 1988). Et l'on voit ainsi comment le corps du soignant ou du soigné se réduit à une approche anatomique dont toute source d'émotion est à écarter. Ou comment obtenir une collaboratrice éclairée et une auxiliaire dévouée pratiquant une approche séquencée, protocolisée, divisée, des soins ? Ou comment réduire les occasions d'une relation au malade, dont les émotions ne seraient pas exclues. Celles-ci doivent rester maîtrisées, contrôlées, tant il est vrai, encore aujourd'hui, que les infirmières « *sont dans l'affectif* » (1). Pour cette femme, soumise à des préceptes religieux, puis à des principes moraux d'origine « bourgeoise » (2), et enfin au discours médical, il est nécessaire que le modèle d'enseignement favorise l'inculcation de conceptions à vocation dominante, visant à l'intériorisation par l'élève d'une forme d'autocensure ou d'auto discipline, ce que Bourdieu nomme le « *pouvoir de violence symbolique* ». A ce titre, le discours du professeur Léon Bernard, prononcé à l'occasion du Congrès International des Infirmières en 1933, est explicite (3). L'avantage, par rapport à des méthodes plus violentes

(1) Que doit-on penser du critère d'évaluation souvent rencontré : « *maîtrise ses émotions* » lors des MSP ou de l'évaluation de la soutenance des TFE ?

(2) Les « *vertus d'esclaves* », humilité, résignation, amour des faibles, que Nietzsche oppose à la « *morale des maîtres* » qui exalte la volonté de puissance, l'orgueil,

(3) « *Lorsqu'on vous aura donné l'instruction indispensable, lorsqu'on vous aura élevé au rang que vous méritez, lorsqu'on aura entouré votre existence des avantages matériels et de la considération morale auxquels vous avez droit, n'en tirez pas un orgueil excessif et avant tout restez femmes, avec tout l'apanage de tendresse, d'abnégation, de dévouement... et demeurez modestes : si meublé que vous sachiez votre esprit, si convaincues que vous soyez de la rectitude de votre jugement, acceptez, votre rôle d'auxiliaire du médecin. L'infirmière ne s'abaisse pas en obéissant ... servir n'est pas abolir la personnalité ; c'est pour une fin désintéressée, l'assujettir volontairement à des règles* ». LÉON BERNARD, Congrès International des Infirmières, 1933.

d'exercice du pouvoir, est que celle-ci, par son exercice symbolique, réduit la possibilité pour les dominées de remettre l'autorité en question, et structure leur façon d'être et de penser (P. Bourdieu, JC. Passeron 1970 p.32-56).

Même si à l'aube du 20^{ème} siècle, certains préconisent le recrutement de femmes élevées dans un milieu bourgeois suivant les principes d'une «*éducation du cœur*», et considèrent que les qualités nécessaires aux gardes-malades et infirmières, ne peuvent totalement s'acquérir par la formation, le conflit de 14-18 permet de concrétiser sur le terrain des hostilités le projet d'un service infirmier attaché à l'armée. Le Ministère de la guerre considérant que «*les médecins militaires ne peuvent que se réjouir d'une mesure qui doit leur fournir à nouveau des auxiliaires utiles et dévouées*», recrutera. Elles seront plus de 100 000 occupées dans les services de santé militaire, 600 d'entre elles trouveront la mort et 2500 seront blessées (A. Malterre-Barthe 1987 p.127). Dans l'imaginaire collectif, l'infirmière, ange gardien, contraste avec le soldat français vaillant, stoïque, mais, pour que la figure soit complète, celle-ci doit être inatteignable, toujours armée de sa seule «*générosité de cœur*». A la suite des hostilités, elles seront médaillées puis renvoyées à leur rôle de femmes au foyer.

Les années 20-30 Léonie Chaptal en poursuivant l'objectif de re-christianiser le secteur de l'aide sociale, favorisera les prémices d'un mouvement de professionnalisation par la création d'un Syndicat National des Infirmières et des Travailleuses Sociales (1931), la parution de la revue professionnelle «*L'Infirmière Française*» (avril 1923), et les prémices d'un enseignement, mettant l'accent sur une activité différenciée de celle de l'«*auxiliarat*» médical.

Les pouvoirs publics ne sont pas en reste : le décret du 27 juin 1922 crée le Brevet de Capacité Professionnelle, l'arrêté du 10 octobre 1923 reconnaît l'existence administrative des écoles d'infirmières, l'arrêté du 24 juin 1924 fixe les programmes types des écoles, enfin, en 1925, est créé au Ministère le Bureau Central des Infirmières, chargé d'étudier, de contrôler, toutes les questions concernant la profession. Durant cette période, le terme «*infirmière*» est consacré et celui de «*garde-malade*» disparaît des nouveaux manuels.

Ceux-ci, bien que rédigés par des femmes médecins, ainsi que par quelques infirmières, témoignent d'une évolution paradoxale : la transcription accentuée des connaissances scientifiques enrichissant la compréhension des pathologies et des thérapeutiques, et, parallèlement, l'apparition de règles, de protocoles, de modes d'emplois essentiellement axés sur l'exercice de techniques, de «*savoir-faire*» (R. Magnon 1988).

Le décret du 18 janvier 1938, bien que prévoyant une première année de formation commune, distingue définitivement l'activité sociale et l'activité hospitalière en instaurant divers niveaux de diplômes pour les infirmiers, différents des diplômes d'assistantes de service social.

Cette mesure favorisera une formation hospitalo-centrée, plus courte pour les infirmières que pour les assistantes sociales. C'est une rupture dans la conception et l'organisation du secteur de l'aide sanitaire et sociale, ce clivage historique est sans doute, pour une part, la source des incertitudes dans lesquelles aujourd'hui évoluent les infirmières dès qu'elles exercent dans un lieu dont les fonctions instituant ne sont plus celles de l'hôpital : le secteur de la santé publique et la santé communautaire.

En 1943, le régime de VICHY, dans le cadre de sa « révolution nationale », cherche à instaurer une société fondée sur le respect de l'autorité, sur le culte des vertus familiales et patriotiques, sur une organisation professionnelle corporative excluant le dialogue social, et sur le retour de la religion. La séparation de l'Eglise et de l'Etat est abandonnée, les congrégations reviennent dans les hôpitaux, et la morale religieuse dans la formation des infirmières. Une ébauche d'autonomie statutaire par la création de l'« Union Nationale », et un cadre d'exercice ne remettant cependant pas en question la tutelle du médecin, sont légiférés.

A la Libération, la révision de la loi de 1943 conduira à la disparition de « l'Union Nationale » et à une définition de l'exercice professionnel ne remettant pas, en question l'assujettissement à la prescription médicale : *« est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin »* restera en vigueur jusqu'en 1978. Dans les années 50, une période de découvertes exceptionnelles dans les domaines de la médecine, ainsi qu'une pénurie générale des professionnels de santé, favorise une délégation accrue d'actes médicaux aux infirmières. La formation prend l'aspect d'un enseignement médical restreint : théorique, et surtout sémiologique, le programme *« doit insister sur les symptômes et les syndromes principaux permettant d'orienter le diagnostic des maladies ou affections portées au programme »*. La vigilance est attendue sur *« les signes d'alarme qui imposent le recours au médecin »*, quant à l'enseignement pratique, il constitue *« la partie la plus importante du programme, le rôle essentiel des infirmières étant d'appliquer les soins »* (1)

Aussi, les ouvrages de référence utilisés dans les écoles portent sur l'anatomie physiologie, la pharmacie, les pathologies, *« à l'usage des infirmières »* et l'on continue de conseiller l'ouvrage de Léonie CHAPTAL *« Morale professionnelle de l'infirmière »*.

A l'issue de la seconde guerre mondiale, en France et ailleurs, les prémices de l'émancipation féminine conduisent à une révision de la place de la femme dans le monde du travail. Le monde de la santé, fortement marqué par la répartition sexuée des tâches et des fonctions, n'échappera pas totalement à cette évolution.

(1) Arrêté du 18 septembre 1951, relatif au programme d'enseignement théorique et pratique en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier, d'infirmière, d'assistant ou d'assistante de service social, JO du 26 septembre 1951.

2.2.3. Les théoriciennes infirmières. (*Le début d'une autobiographie de la profession.*)

Dans le monde anglo-saxon, les années 50 inaugurent l'ère des « théoriciennes » en soins infirmiers : Martha Rogers (1950), Hildegarde Peplau (1952), Virginia Henderson (1955) en sont les précurseurs. Elles proposent de nouveaux modèles conceptuels touchant à la personne, l'environnement, la santé, les soins, permettant de structurer l'activité soignante en lien avec des références et une démarche méthodologique. Ces approches participent d'un courant plus général concernant les droits de l'Homme. Ceci aboutira à quelques évolutions invitant l'infirmière « *à ne pas se limiter à l'exécution matérielle des soins, mais, de saisir, dans chaque cas, l'ensemble de son rôle* ». (1)

A la même période l'OMS propose que : lorsque les soins aux malades sont dispensés par des infirmières, ils soient nommés « *soins infirmiers* ». En France, encore trois décennies seront nécessaires, avant que ce concept puisse être reconnu comme la discipline à part entière, que les infirmières et les infirmiers enseignent et exercent (R. Magnon 2001). A l'issue des années 60, naît l'idée d'une réforme de la formation, et les infirmières, réunies au sein de l' ANFIIDE (Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Diplômés d'Etat et Etudiants), demandent qu'aucune mesure ne soit prise dans le domaine de la formation et de l'exercice professionnel, sans qu'elles aient été consultées sur les décisions. Il faudra attendre cependant l'application par le Ministère des programmes d'études infirmières de 1972 (2), de 1979 (3) et la loi de 1978, relative à l'exercice de la profession d'infirmière (4) pour que soit considérée « *comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui en fonction des diplômes qui l'y habilite, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu (...). En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement* ». Ce programme de 28 mois (au lieu de 32 mois comme proposé dans le projet initial) se mettra difficilement en place, et éveillera des réticences de la part des médecins. L'infirmière ne doit plus être une simple exécutante, il lui est demandé d'appréhender des situations de soins sur d'autres lieux d'exercice que l'hôpital, ce qui fait dire au Professeur Salmon de la Faculté de Médecine de Marseille : « *aucune infirmière n'est autonome, elle dépend du médecin qui seul possède la responsabilité des soins ; seul, il est autonome devant sa conscience, la morale et la loi. A lui seul incombe la responsabilité première. S'il est vrai que l'infirmière a sa responsabilité propre, c'est une responsabilité seconde, celle de l'exécutante qui n'a pas l'initiative et qui reste l'auxiliaire du médecin.* » (in G. Charles 1981).

(1) Arrêté du 17 juillet 1961 modifiant les études préparatoires aux Diplômes d'Etat d'Infirmière et d'Assistante Sociale.

(2) Arrêté du 5 septembre 1972, relatif aux études préparatoires au Diplôme d'Etat d'Infirmière JO du 7 septembre 1972.

(3) Décret n°79-300 du 12 avril 1979, relatif aux études préparatoires au Diplôme d'Etat d'Infirmière, JO du 14 avril 1979.

(4) Loi n° 78-615 du 31 mai 1978, JO du 1^{er} juin 1978, relative à la profession d'infirmière ou d'infirmier.

Parallèlement en 1978, le Diplôme d'Etat Infirmier est homologué et placé au niveau du Brevet de Technicien Supérieur, évolution positive mais qui circonscrit la pratique infirmière à un exercice essentiellement technique. Les réformes qui succéderont, auront pour vocation d'infléchir la tendance consistant à l'acquisition de techniques médicales, par l'initiation au champ des Sciences Humaines, l'appropriation de modèles théoriques favorables à une approche globale de la personne, devant conduire l'infirmière à devenir aussi éducatrice de santé. A cette fin, est introduite la démarche de soins centrée sur la personne et non sur la maladie, permettant de répondre aux besoins du patient, *«qui comprennent aussi bien les besoins physiques, émotionnels et sociaux»* (V. Henderson 1994) : analyser sa demande, se fixer des objectifs, programmer des actions, les réaliser, les évaluer. La notion de travail en équipe entre infirmières, avec les aides-soignantes, la création des dossiers de soins infirmiers, permettent d'inscrire la prise en charge dans une continuité. Enfin, l'accent est mis sur la notion de relation d'aide et la recherche d'autonomie du patient.

En 1992, le concept de diagnostic infirmier, défendu par l'AFEDI (1) en collaboration avec la NANDA (2), est introduit dans le programme des études conduisant au Diplôme d'Etat (3). Cette nouvelle approche ne met pas un terme aux invraisemblances de la profession, car, si la discipline infirmière, dans ses aspirations conceptuelles, ne peut se concevoir qu'en prenant la personne soignée comme cible et non les actes de soins, il n'en reste pas moins qu'elle reste réglementairement définie par ceux-ci et s'apparente à une discipline dite «pratique». La plupart des théories infirmières, encore couramment enseignées, sont définies comme un savoir procédural, un savoir qui doit permettre la pratique (4), mais, étrangement, de nombreuses infirmières, en services, rejettent la *«théorie qu'elles trouvent sans intérêt pour la pratique, car les éléments des concepts scientifiques ne permettent pas d'expliquer ce qui se passe au niveau de la personne soignée»* (A. Marchal, T. Psiuk 2002). Cette situation résulte-t-elle de modalités d'enseignement, durant lesquelles, les formateurs (praxéologues) considèrent comme indispensable l'acquisition de grilles d'analyse (5) et leur application sur la «réalité» pour maîtriser celle-ci ?

Les étudiantes, dans l'obligation de se préoccuper de la démarche de soins et de diagnostic infirmier, voient bien, lorsqu'elles sont en stage, que, pour les professionnelles, la référence à ces outils d'analyse *« est loin de faire partie de leurs préoccupations, il existe même aujourd'hui un certain recul, un certain dégoût de la manière dont cela leur a été enseigné,*

(1) AFEDI : Association Francophone Européenne du Diagnostic Infirmier.

(2) NANDA: North-American Nursing Diagnosis Association.

(3) Arrêté du 23 mars 1992, relatif aux études et au programme conduisant au Diplôme d'Etat Infirmier.

(4) *« Les infirmières ont cherché à organiser la connaissance et la pratique des soins infirmiers en élaborant des cadres théoriques, ou modèles conceptuels »* (LJ. Carpenito 1995)

(5) Celle de V. Henderson la plupart du temps, les autres restant souvent inconnues de l'infirmière de base.

amplifié par le décalage entre l'enseignement et la réalité du terrain » (J. Bonnet 1998). Peut-être faut-il comprendre que ces modèles anglo-saxons, quelle que soit leur richesse, n'échappent pas à leur contexte d'éclosion et sont tributaires, pour leur transmission, de modèles de formation pertinents ?

En 1992, le nouveau programme conduisant au Diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière (1) a pour objectif de former un infirmier « polyvalent » pouvant exercer en psychiatrie, en médecine, en chirurgie, en obstétrique. Cette réforme, que certains qualifient comme une « *paire-fusion* », rassemblement du soma et de la psyché dans un « *tronc commun* », n'est pas décriée par tous (JL. Gérard 1993). Malgré l'évolution des programmes, la formation des infirmiers de secteur psychiatrique restait héritière d'un enseignement trahissant une « *pédagogie asilaire* » dirigée par des principes « *puisés dans la pensée du médecin* » considérant les « aliénés » comme de grands enfants à rééduquer (M. Jaeger 1990).

Lorsqu'à l'hôpital général le médecin délègue des actes techniques, dans les hôpitaux psychiatriques, le psychiatre délègue à l'infirmier une part de l'écoute et de la relation d'aide. Le savoir infirmier ne peut cependant s'exprimer en dehors des modèles médicaux de la psychiatrie : « *lorsque dans les discussions qui ont lieu maintenant entre infirmiers et médecins, quelque chose vienne à se dire de la pratique réelle de l'infirmier, c'est presque toujours sur le mode de la confession publique, de l'autocritique sous le signe de la faute* » (R. Gentis 1970). JL. Gérard (1993) note que ce passé est encore aujourd'hui perceptible dans les écrits « *sur les cahiers de rapport où les infirmiers notent prioritairement ce qui concerne la surveillance, l'application des prescriptions, le discernement des dysfonctionnements des malades, les initiatives infirmières restant les moins consignées.* »

Pour autant, depuis le milieu des années 80, les infirmières de secteur psychiatrique ont su partiellement s'affranchir de l'archétype « infirmier d'asile » et adopter celui de l'éducatrice de santé : personnel de médiation entre l'individu et la collectivité, la médecine et l'éducation pour la santé, par une activité menée aux confins du sanitaire et du social, dans les centres médico-psychologiques (CMP), lors des visites à domicile, dans les Centre d'Aide par le Travail, en animant des activités thérapeutiques dans la cité, en s'inscrivant au sein de réseaux existants ou en les créant. On aurait pu considérer, que cette pratique correspondait à la visée des programmes de formation et des décrets professionnels : favorables à un rééquilibrage de l'activité d'infirmière technicienne par celle d'infirmière éducatrice de santé, Or, les mesures prises concernant les deux diplômes préexistants, (Infirmière Diplômée d'Etat soins généraux et Infirmier de Secteur Psychiatrique) ont induit que les IDE sont jugées comme poly-compétentes de facto, sans obligation de stage d'adaptation au milieu de la psychiatrie,

(1) Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au diplôme d'infirmier et d'infirmière.

mais, qu'inversement, les infirmiers de secteur psychiatrique ne le sont pas, ils sont dans l'obligation de se «mettre à niveau» (1). Autrement dit, il existe une hiérarchie implicite du soin, en faveur d'un pôle de technicité. La valeur professionnelle peut s'évaluer en fonction du degré de maîtrise des gestes techniques ; les aspects relationnels environnent les situations de soin et peuvent passer pour une prestation accessoire, contredisant en cela les principes même du nursing, auxquels se réfère pourtant la majorité des infirmières de soins généraux (2). Pour JL. Gérard (1993), par ce choix, le modèle identificatoire valorisé est «*technico-rationnel*» : tributaire d'une tutelle médicale avec d'importantes d'exigences de maîtrise, de rapidité, d'adaptation aux nouvelles technologies et aux protocoles. Ce message est-il reçu par les étudiants ? Ils sont peu présents dans les modules de Recherche en Soins Infirmiers, de Sciences Humaines, de Santé Publique. Ils se plaignent d'une idéalisation de la formation, en comparaison d'une réalité plus administrative et plus «technique», et demandent davantage d'apprentissages technico-pratiques ... (Soins Cadres 2003 n°45 p.12-13).

Depuis le printemps 2004, certains collectifs d'infirmiers relancent l'idée de la création d'un ordre professionnel, procédant du même élan que pour l'instauration du TFE, devant permettre «*de passer de l'adolescence à l'âge adulte*» (E. Plantefève 2004). Comme nous l'avons déjà vu, il s'agit d'une réaction à un sentiment de dépossession d'un pouvoir de décision. Cependant, ce sentiment n'est pas partagé par la totalité des professionnelles. Elles s'identifient à des conceptions diverses de leur rôle et de leur fonction, correspondant à une succession de modèles ancrés historiquement dans des registres de nature épistémologique variée.

Ces modèles ne s'éliminent pas les uns après les autres, ils viennent se juxtaposer avec plus ou moins de bonheur et conduisent à la cohabitation de conceptions de la santé, du soin, de la personne, de l'environnement, distinctes. Comme nous l'avons vu, les sociologues pointent les différents qualificatifs dont s'affublent les infirmières : la «relationnelle», la «technicienne», la «bureaucrate». Si ces catégorisations alimentent des commérages dans les services de soins, elles n'en démontrent pas moins l'existence d'une typologie qui, même dans une forme frustrée, exprime l'existence de liens prioritaires avec certaines modalités d'exercice et sans doute des conceptions afférentes, elles-mêmes résultant d'une conception de la santé ayant évolué au cours du temps.

D'où l'intérêt de voir quels liens privilégiés persisteraient, aujourd'hui, entre des pratiques soignantes et ces diverses conceptions de la santé.

(1) Après divers démêlés juridico-administratifs, les infirmiers de secteur psychiatrique désirant exercer en soins généraux devaient soumettre leur dossier à une commission régionale qui évaluait le nombre de mois de stage nécessaires en MCO pour les requérants.

(2) Les critères rédhitoires d'élimination à la Mise en Situation Professionnelle comptant pour l'épreuve du Diplôme d'Etat, sont majoritairement de nature technique, et ils sont d'ailleurs les seuls évoqués lors des éliminations (cf. résultats région PACA 2004).

Nous allons proposer trois modèles de santé auxquels sont liées des conceptions du soin, de la personne, et de l'environnement, en supposant qu'ils correspondent à des modèles de professionnels. Nous les mettrons en relation avec des méthodes de recherche leur correspondant prioritairement sur un plan épistémologique (en sachant que ce dernier lien n'a pas de caractère impératif et exclusif, il s'agit d'une relation de caractère préférentiel).

Pouvons-nous présupposer que l'initiation à la Recherche en Soins Infirmiers sous la forme du TFE, est un processus suffisant pour induire une émancipation de la profession ? Les méthodes choisies par les étudiants, leurs conceptions de la recherche, ne peuvent-elles pas, malgré tout, s'associer à une vision « conservatrice » de l'exercice professionnel de l'infirmière ?

2. 3. Les différents modèles de santé.

« La santé n'est pas un concept scientifique, c'est un concept vulgaire. Ce qui ne veut pas dire trivial, mais simplement commun, à la portée de tous » (G. Canguilhem 2005).

2.3.1. Introduction.

La santé, dans le cadre des classifications scientifiques traditionnelles, n'a toujours pas reçu de place spécifique. Elle tient des sciences de la Nature et de la Vie pour l'étude des fonctions du vivant, que ce soit la physiologie, la théorie cellulaire, l'hérédité, puis des sciences de l'Homme : l'économie de la santé, la sociologie de la santé, la psychologie, Elle ne constitue pas un groupe de disciplines autonomes et s'alimente de grands secteurs de la connaissance, ce qui en fait un lieu de conflit paradigmatique.

Quand M. Vial (2001 p.60) met en tableau les deux grandes lignées : paradigme mécaniciste d'un côté, paradigme biologique de l'autre, c'est pour rapidement préciser que rares sont les personnes qui adoptent, dans la totalité de leur pensée, de leurs actes, une conduite strictement fidèle à l'un des deux «camps ». Le terme même de paradigme reste assez flou et fuyant, même pour son principal propagateur (T. Kuhn 1999), M. Vial (2001 p.223) propose d'adopter les définitions d'E. Morin : *«Je dirai que je conçois le paradigme comme le type de relations institué entre quelques catégories ou notions maîtresses, et qui gouverne les discours, pensées et théories lui obéissant ».*

Transposé dans la situation qui nous préoccupe, pouvons-nous imaginer que, pour les étudiants, les choix prévalants à une méthode de recherche, s'inscrivent préférentiellement (mais non exclusivement) dans une lignée paradigmatique où se retrouvent des conceptions de la recherche, de la science, de la santé, de l'Homme, de la mort, du soin, du soignant,..., en pertinence ? A cet instant, le choix d'une méthode n'agirait-il pas comme renforcement de conceptions préexistantes, et non comme venant les questionner ? S. Kérouac, J. Pépin, F. Ducharme, A. Duquette, F. Major (1994), reprenant des travaux précédents s'inspirant de T. Kuhn, proposent trois paradigmes pour la discipline infirmière : *« la catégorisation,*

l'intégration, la transformation ». Leur approche correspond davantage à une succession de périodes : le déterminisme, la gestion, la problématisation, plutôt qu'à la mise en évidence de changements de paradigme, dont on peut douter : « *On peut même se reposer la question de savoir si un changement de paradigme -et de vision du monde- peut exister. La vision du monde qu'une civilisation construit prend tant de temps à s'établir !* » (M. Vial 2001 p.222-223). A nouveau, le concept, trop à la mode dans les Sciences Humaines, de « paradigme », ne nous rend pas service. A se demander, si d'y accorder tant d'importance ne nous induit pas dans une démarche trompeuse, qui, tout en nous invitant à prendre de la hauteur pour voir les grandes lignes de force d'« *une dualité sémantique exprimant une dualité de perspectives* » (M. Vial 2001 p.61), nous enferme paradoxalement dans une vision du monde... d'aujourd'hui. Si l'on ne peut pas considérer qu'il existe trois paradigmes auxquels se rattache la pensée infirmière, on retrouve des tendances favorables à une lignée plus qu'à une autre.

Ainsi, C. Eymard (2004) propose trois « modèles » de santé, portés par des visions très différenciées et aux rattachements perceptibles au paradigme mécaniciste, au paradigme holistique, et à ce qui revient à l'existence (le troisième brin ?). Ces modèles correspondent à des conceptions de l'Homme, de la mort, du soignant, et sans doute de la recherche.

Pour M. Genthon (1997 p.91-92) : « *La recherche en tant que pratique avec ses "soubassements paradigmatiques" œuvre pour un "projet de connaissances" qui oriente et donne sens à la recherche. Et elle n'est pas « indépendante des phénomènes qu'elle étudie, d'un double point de vue : d'une part son introduction, son déroulement aussi bien que ses résultats ne sont pas sans incidence sur les dits phénomènes, d'autre part les perspectives épistémologiques actuelles [...] nous rappelle que le chercheur n'est pas extérieur au monde qu'il étudie* ». C. Eymard imagine un lien entre les caractéristiques des différentes méthodes de recherche et les caractéristiques des relations éducatives en santé, suivant l'idée qu'« *une formation à la recherche et par la recherche, ne produit pas les mêmes caractéristiques de professionnalisation...* ».

En reprenant les modèles de santé proposés par C. Eymard, et les modèles de la pensée infirmière de S. Kérouac, en les associant à une approche épistémologique, tentons de mettre en évidence les liens de ces modèles avec des courants de pensées scientifique et philosophique, et les concepts habituellement présents chez les « théoriciennes » (1) des soins infirmiers : la santé, le soin, la personne, l'environnement.

(1) Le terme de théorie infirmière est utilisé de manière nouvelle sans qu'il puisse correspondre à une théorie scientifique propre à ce champ disciplinaire.

2.3.2. Le modèle organiciste de la pensée négative. (C. Eymard 2004 p.16)

Ce premier modèle, que l'on pourrait nommer mécaniciste (M. Vial 2001 p.62) ou rationaliste, qui a été également appelé de la catégorisation (S. Kérouac 1994 p.3), participe d'un lignage central à la médecine occidentale et particulièrement française.

En Europe, lors du passage de la pensée médiévale à la pensée moderne, le Sacré est en crise. Les hommes doivent fonder (sans l'aide de Dieu qui s'absente) les principes de recherche d'une « vérité » démontrable et vérifiable.

Galilée, après Copernic (1473-1543), par le raisonnement, déplace la Terre du centre de l'univers et lui substitue le Soleil, avant même que l'on puisse corroborer, par l'usage de la lunette astronomique, la justesse de sa pensée. Il ouvre la voie aux sciences déductives représentées par les mathématiques. Celles-ci, appliquées à l'observation de la nature, pulvérisent les conceptions passées d'un monde fini dirigé par une force initiatrice : la Cause Première (Aristote) et place progressivement la Raison et son entrelacs de principes et de catégories (1), comme normes de régulation de la pensée scientifique.

Plus tard, le *Discours de la méthode* de **Descartes** pose durablement les bases du doute comme fonction critique séparant la certitude de l'opinion. Si le doute introduit la conscience d'exister (cogito) et conduit au questionnement des savoirs passés, il rend évident la présence d'une âme, réceptacle de la pensée et du discours (dualisme), et substance différente du corps, lui-même dirigé, comme pour les animaux, par des principes mécaniques (2). C'est de cette âme que, par l'application d'une méthode de raisonnement, peuvent être distinguées et puisées des idées innées, sortes de fondement immuables du savoir. L'invocation méthodique d'idées fondamentalement justes permettrait d'éclairer l'**observation**.

Pour Auguste Comte (1798-1857) père de la sociologie, la pensée humaine évolue par étapes vers le **Positivisme**, âge de la science qui exclue toute croyance et métaphysique. Les disciplines scientifiques doivent se limiter à formuler des lois de la Nature, par l'observation et les expériences répétées, plutôt que de rechercher des explications absolues des phénomènes,

(1) Les principes rationnels :

*principe d'identité : « A est A » ; *principe de non contradiction : « A n'est pas \bar{A} » ; *principe du tiers exclu : « le sujet ne peut être que A ou \bar{A} » ; *principe de causalité : « tout fait a une cause, et à conditions identiques, la même cause est toujours suivie du même effet » ; *principe du déterminisme, proche du précédent : « tout phénomène est déterminé par des conditions, qui, si elles sont réunies et connues, cela peut permettre la prévision du phénomène ».

Les catégories :

Il en existe 12, groupés sous quatre clefs : « quantité », « qualité », « relation », « modalité ». Elles correspondent à une classification de jugements ; ex : jugement universel « l'homme est mortel », jugement hypothétique : « la chaleur dilate le corps, ou, si un corps s'échauffe il se dilate » (A. Cuvellier 1954 p.342- 348).

(2) Le lien entre l'âme (ou l'esprit) et le corps préoccupa les philosophes des 17 et 18èmes siècles. SPINOZA considérait l'esprit et le corps comme 2 aspects d'une même substance, contrairement à Leibniz qui pensait qu'ils n'interagissent l'un sur l'autre qu'en apparence. C'est au 19^{ème} siècle que la pensée est progressivement considérée comme une fonction biologique (Huxley), pour aboutir au 20^{ème} siècle au béhaviourisme (résultat d'une conception positiviste) qui considère que l'esprit échappe à toute observation, seuls les comportements doivent être l'objet de considération. Mais tous les états d'esprit sont-ils identifiables par les attitudes engendrées ?

dont on ne sait, au final, à quoi elles servent (1). Il est persuadé que l'utilisation de méthodes expérimentales permettra de découvrir les lois fondamentales des comportements sociaux des êtres humains. L'idée maîtresse est qu'il existe une similarité formelle d'évolution entre la nature et la société humaine, qui, partant d'un état homogène informel, peut aboutir à un état différencié et structuré.

Si cette approche radicale qui écarte toute dimension métaphysique et de psychologie introspective (2), connaît dès le 19^{ème} siècle des atténuations (pour Pierre Duhem, 1861-1916, les théories en physique ne prétendent pas énoncer les réelles propriétés des corps observés, elles demeurent des hypothèses arbitrairement choisies), elle instaure sur la durée un clivage entre les sciences dites « dures » et celles qui ne peuvent pas, pour diverses raisons (y compris éthique), relever du modèle expérimental. Bien que remises en question depuis, dans leur forme radicale, les bases du **rationalisme** continuent d'étayer la pensée médicale (3) (4), et l'amplification des apports technologiques renforce ces conceptions. L'hyperspécialisation, l'idée que l'observateur n'agit en rien sur l'observation, la séparation et le morcellement des phénomènes dans la clinique, restent des traits de pensée dominants. Le rationalisme peut produire du dogmatisme, une forme de pensée « magique » appliquée à la science (5) : « *le scientifique est davantage qu'il ne le croit dans ce qu'il dénie et qu'il va cacher sous les modèles de la nature* » (M. Vial 2001 p.58).

Dans le cadre de cette lignée paradigmatique, quelles sont les conceptions de la santé, de la maladie, de la personne, de l'environnement, ... ? On s'intéresse en priorité à l'objet, on éloigne, on extériorise, on segmente, l'expérience doit être reproduite à l'identique.

(1) « *Dans l'état positif, l'esprit humain reconnaissant l'impossibilité d'obtenir des notions absolues renonce à chercher l'origine et la destination de l'univers, et à connaître les causes intimes des phénomènes, pour s'attarder uniquement à découvrir par l'usage bien combiné du raisonnement et de l'observation, leurs lois effectives, c'est-à-dire leurs relations invariables de succession et de similitude.* » (A. Comte in G. Pascal 1986 p.63).

(2) « *Le meilleur moyen de connaître les passions sera toujours de les observer du dehors ; car tout état de passion très prononcé, c'est-à-dire précisément celui qu'il serait le plus essentiel d'examiner est nécessairement incompatible avec l'état d'observation (...) cette prétendue méthode psychologique est donc radicalement nulle dans son principe* » (A. Comte, in G. Pascal, 1986).

(3) Claude Bernard (1813-1878) pour l'élaboration de la méthode expérimentale (observation des faits, élaboration d'une hypothèse, vérification ou confirmation de l'hypothèse), fonde la physiologie moderne en renvoyant dos à dos vitalisme et mécanisme et en mettant en garde contre une « *foi à vérifier dans les théories* », il adopte une conception déterministe (causalisme) centrée sur l'importance d'une anticipation par l'hypothèse, comme déduction provisoire réclamant d'être vérifiée par l'expérience (A. Cuvillier 1954 p.430-436).

(4) Prenons l'exemple de l'article du Professeur Marcel-François Kahn : « *Rappelons que la pratique de la médecine est une technique. Comme toutes les techniques, elle applique des données que lui fournit la connaissance scientifique. [...] On pourrait penser que, comme pour les autres techniques, la médecine ne peut s'exercer que dans le rationnel, le démontrer, le vérifier. Or, il n'en est rien : à côté de cette médecine classique, scientifique, orthodoxe, fleurissent toujours des pratiques irrationnelles. [...] On pourrait croire que la défense de l'irrationnel en médecine est seulement un fait de société non théorisé. Il n'en est rien, et c'est peut-être le point le plus intéressant à considérer. Une école philosophique, qualifiée de post moderniste, ou relativiste, est venue apporter une justification théorique à l'utilisation de médecines parallèles. Pour cette école relativiste, la démarche scientifique n'est qu'une des possibilités, une des voies d'abord de la connaissance et de réalité. De plus, certains aspects de la réalité sont, pour ces post modernes, inconnaissables. [...] Appliqué à la médecine, par exemple pour Bruno Latour ou Isabelle Stengers, une telle analyse théorique justifie n'importe quel abord thérapeutique, même s'il n'est pas validé par des recherches scientifiques de type classique.* » (MF. Kahn 2003 p.23-24).

(5) ex : Auguste Comte, avec son culte voué à l'humanité, son église, ses prêtres...

On recherche des lois générales, le savoir s'inscrit dans des normes, l'approche est principalement déductive, le « pourquoi ? » domine le « comment ? ». On catégorise, on classe, suivant les principes immuables d' « identité » et de « tiers exclu » : on ne peut pas être malade et en **santé**, la santé et la maladie sont des états s'excluant mutuellement (principe de non contradiction). Le praticien va recueillir dans son observation ce qui résonne dans des catégories préexistantes (nosographie) et écartera ce qui est qualifié de subjectif, ce qui ne « raisonne » pas dans le discours du malade. Cela se traduit par l'idée que la santé c'est « *la vie dans le silence des organes* » (René Leriche 1879-1955). Les organes sont les « pièces » d'une mécanique biologique. Ces pièces sont réparables et changeables, cette vision est celle du corps cartésien, fait d'une substance différente de celle de l'âme (esprit). La **maladie** est, en Occident, comprise comme une agression externe (exogène) : peste, choléra, virus, tabac, sucre, alcool, stress, pollution, Infections Sexuellement Transmissibles,

Cette pensée, consolidée par le modèle Pasteurien, doit son succès à des croyances plus anciennes, qui, en lui, ont trouvé leur « confirmation » : l'individu n'est pas à l'origine de la maladie, un organe est atteint, par la « mère nature », par la fatalité, par accident. Cette croyance, paradoxalement relayée par le principe de causalité, reste perceptible dans le recours à l'hyper technologie biomédicale. L'imagerie médicale, réponse contemporaine et en mouvement des représentations anatomistes du 19^{ème} siècle (1), qui permet de « voir » la maladie, participe de deux intentions : isoler le lieu de la maladie et en extraire quelque chose du « mal du dedans », et l'abstraire du tout (le sujet). Dans ce schéma, l'extraction, par une image ou par des données chiffrées, du « mal », favorise un certain confort psychique. Le mal est objectivé, il est visible hors du corps, et, le médecin, peut s'adresser au client en tenant un discours sur un objet, qui lui est symboliquement devenu étranger. Mais, par enchaînement, personne n'est responsable, ... (2) l'aléa est lui-même moins de l'ordre du hasard ou de la fatalité qu'il n'est technique et probabiliste. L'approche technologique s'insère dans un rapport **corps-machine / machine-traitement** qui, allié aux principes analytiques (réduction du complexe au plus simple), favorise le morcellement du « corps » médical, comme par la rétro-projection d'une représentation du corps (souffrant) fragmenté, dont chaque partie est indépendante et ne fait plus sens (3). Cette notion privilégie un traitement suivant les principes des thérapies « du contraire » : il s'agit d'une contre-agression à visée soustractive, qui doit

(1) Les connaissances médicales, jusqu'au début du 20^{ème} siècle, sont liées à la vision de planches anatomiques, elles-mêmes la représentation pictographique de corps morts et autopsiés.

(2) ... hormis l'agent extérieur et la machine. D'où peut-être le recours indispensable à la matéro-vigilance, à l'hémovigilance, ..., la machine refusant de passer au tribunal. Il faut noter cependant, qu'entre la machine et le médecin, l'Institution fait en sorte d'inscrire d'autres « responsables » (ingénieurs, techniciens,...).

(3) Le programme d'études conduisant au Diplôme d'Etat infirmier reste centré sur les pathologies : « soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies,... d'affections, ...de troubles...», et reste enseigné en grande partie par des praticiens spécialisés dans les divers domaines.

extirper la tumeur, chasser le microbe (antibiotiques), mais aussi faire disparaître les mauvais comportements (thérapies comportementales)... Le praticien garde le pouvoir de nommer la pathologie, il fait symboliquement basculer, par son discours, le sujet, dans la maladie. La mort, est un échec thérapeutique, elle résulte de la maladie, elle s'oppose à la vie «*la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort* » (1).

La **personne** est «un tout formé de la somme des parties », chaque partie étant indépendante. Le psychisme évolue indépendamment du corps (il est d'une autre substance), d'où la résistance à l'appréhension de l'étiologie psychologique de certaines pathologies. La personne n'est pas responsable, c'est un agent extérieur qui apporte le « mal ».

L'homme et la nature sont séparés. Il la domine, c'est un aboutissement (anthropocentrisme et déterminisme athée ou mystique). Le discours sur l'**environnement** obéit aux mêmes principes que le discours sur la maladie, la nature est classée (Lamarck, Buffon, ...) elle doit être maîtrisée et, dans tous ses aspects et toutes ses étendues, «humanisée » (répandre du DDT, ..). L'homme lutte contre elle et quand il n'y prend pas garde, elle se venge (tsunami,...). Traduit dans le domaine de la santé, l'environnement doit être traité par une hygiène sanitaire mais aussi sociale. Les politiques de Santé Publique sont plutôt de caractère dirigiste, les décisions centralisées, les organismes d'Etat multipliés, plans nationaux, campagnes d'information nationales («*un grand clic vaut mieux qu'une grande claque* », «*le sida, il ne passera pas par moi* »,...) elles présentent un message univoque, elles désignent le danger et tentent d'édifier la population. Les campagnes de vaccinations sont obligatoires, la solidarité entre les individus est organisée au niveau d'organismes de protection sociale et d'action sanitaire, ce qui ne favorise pas toujours la solidarité inter-individuelle ou communautaire : «*Alors quoi ? Moi qui ne fume pas pourquoi je vais payer pour les autres qui n'arrêtent pas de «tuber» ?* » ; Ou encore, entretient l'assertion exogène de la maladie : «*Mais quelle injustice ! Alors que je n'ai jamais fumé, pourquoi ai-je un cancer du poumon ?* ».

Les **soins infirmiers** sont initiés par la mesure des déficits ou des incapacités du malade. L'intervention de l'infirmière consiste à éliminer les problèmes, à combler ces déficits et à suppléer ces incapacités. Les actes sont en priorité techniques, liés à la prescription médicale, et orientés vers le contrôle de la maladie (concept de guérison).

La formation est prioritairement technique et hospitalo-centrée (études de médecine « en résumé »). Les tâches sont spécialisées, les soins fragmentés, la gestion des équipes dans les services hospitaliers centralisée, l'infirmière est un agent. L'éducation à la santé est plutôt de nature «éducation thérapeutique », limitée à l'instruction de savoirs nécessaires à la prévention

(1) M.F.X. Bichat (1771-1802) médecin français fondateur de l'anatomie générale, Dictionnaire de la langue française, Hachette, Paris 1980.

des maladies ou des rechutes, sous une forme pouvant induire un sentiment de culpabilité, chez le patient, en cas de détour : « *On vous l'avait bien dit ! Vous étiez prévenus !* ».

Les conceptions, de la science en général et de la recherche en particulier, dans ce modèle de santé, se veulent proches des modèles considérés comme « objectifs » par les sciences « dures ». Les méthodes, pour lesquelles il semble que la subjectivité du chercheur soit absente ou réduite au minimum, sont considérées comme prioritairement valables. La méthode de recherche **expérimentale** est étroitement liée au rationalisme. L'intention du chercheur est de produire un savoir objectivé, d'expliquer et d'établir des lois générales. Il s'agit d'évaluer une hypothèse par l'expérimentation de variables. « *L'expérimentation est à différencier ici de l'expérience du sujet. L'expérimentateur est en effet le chercheur qui organise un plan d'expérience en fonction des prévisions posées par l'hypothèse d'une relation de cause à effet étayée sur une théorie.* » (C. Eymard 2003 p.26). La méthode **différentielle**, qui tente de mettre en évidence des corrélations entre des facteurs concernant des individus, bien que proche de la méthode expérimentale, s'en distingue en ayant principalement pour objet d'étude, à travers les psychologies, cognitive, clinique, ..., l'être humain.

2.3.3. Modèle global de la pensée positive par adaptation individuelle et ajustement social.

(C. Eymard 2004 p.17)

Le modèle global de la pensée positive par adaptation individuelle et ajustement social pourrait être qualifié de « *l'intégration* » (S. Kérouac 1994 p.9) ou bien encore « *holistique* » (M. Vial 1997 p.31).

Deuxième modèle majeur de la **santé**, il est celui, qui sans doute, s'origine le plus loin dans la généalogie de la pensée humaine. Le modèle hippocratique, sorte de double jeu et d'**équilibre** entre les humeurs internes et les éléments externes, visant à restaurer ou maintenir l'état de santé reste une idée maîtresse qui traverse de nombreuses théories de soins infirmiers : celle de « *l'école des besoins* », celle de « *l'école des effets souhaités* », et structure particulièrement la vision de « *l'école de l'être humain unifié* » dont Martha Rogers est le chef de file. Elle inspire la définition du Dictionnaire des Soins Infirmiers (R. Magnon, G. Déchenoz 2000): « *Etat dynamique, susceptible de variations, qui nécessite une adaptation de l'homme à son environnement. Cet état le rend apte à assumer les étapes de la vie, à en affronter les agressions et à vivre en harmonie avec lui-même et les autres* » en l'articulant autour de trois idées essentielles :

- la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, rompant partiellement avec les principes d'identité (A est A) et de non contradiction (A n'est pas \bar{A}) prévalents dans le modèle rationaliste,

- la santé est un état (complet et de bien être) d'**équilibre** entre différentes dimensions physique, mentale et sociale (revisitation de la théorie des humeurs),

- l'environnement changeant, plutôt hostile, nécessite une adaptation du sujet, c'est d'ailleurs cette capacité d'**adaptation** qui signe un état de santé satisfaisant. En vue de cette adaptation, le sujet utilise « *une force potentielle de réserve* », en partie due à son héritage génétique, et en partie acquise par l'application des règles les plus élémentaires de la vie saine (E. Berthet cité par C. Eymard 2004 p.19). « *L'école des besoins* » dans un premier temps avec V. Henderson (1964) puis D. Orem (1991) met l'accent sur la satisfaction des besoins fondamentaux de la personne soignée et sur sa capacité à exercer ses auto-soins (self-care). L'action est **centrée sur la personne** (le prendre soin), en cela inspirée par les principes de la relation d'aide selon C. Rogers (1951) (1). Une place est faite à l'appréhension, par le sujet, de son état de santé ou encore de la maladie éprouvée (illness), différent de la maladie perçue par les professionnels de santé (disease) (F. Laplantine 1992 p.19-21), et à une conception fonctionnaliste, selon laquelle l'équilibre en santé, s'obtient par la réponse adaptée à des besoins perturbés ou non satisfaits (A. Maslow). Au cœur de ce modèle on trouve la doctrine de l'**holisme**, celle qui dans la conception aristotélicienne, amène à considérer le citoyen (« *animal politique* ») à moins d'être soit une « *bête* » soit un « *dieu* », comme ne pouvant être auto-suffisant et n'étant ainsi qu'« *une partie vis-à-vis du tout* », c'est-à-dire la cité, elle-même, par nature « *antérieure à chacun de ces membres* » (Aristote). L'holisme, notion reprise par JG. Fichte (1762-1814), pour mettre en scène une vision fonctionnaliste de l'ordre social et du face à face de l'homme et de la nature, sera complété par B. Malinowski (1884-1942), qui insistera sur l'adaptation de la société à son environnement, en s'appuyant sur la constatation que les cultures les plus diverses satisfont les besoins humains universels, autrement dit les besoins fondamentaux. Cette idée est à mettre en relation avec une perception systématisée des phénomènes, des objets, et donc des institutions, de l'organisme humain, et ... des équipes soignantes, ... que d'ailleurs S. Kérouac (1994 p11) conçoit comme « *un ensemble d'éléments en interaction dynamique organisée en fonction d'un but* » (J. De Rosnay 1975 p.67).

On voit ici l'analogie possible avec la doctrine biologique, qui considère l'**homme** comme un tout indécomposable, en recherche permanente d'équilibre interne et externe en vue d'atteindre le bien-être. L'individu considéré comme **responsable** (« client » chez les anglo-saxons), est **acteur** de sa santé et « *se doit de jouer le rôle que les professionnels de santé attendent de lui* » (C. Eymard 2004 p.19).

La santé et la maladie sont des entités distinctes en interaction dynamique (ce qui fait rupture avec la lignée mécaniciste). Il n'en demeure pas moins que l'individu tend vers le bien-être,

(1) ACP : approche centrée sur la personne ; empathie, congruence, écoute sans jugement.

dans une trajectoire soutenue en interne par une sorte d' « *énergétisme* » (M. Vial 2001 p.60) et en externe, par les injonctions sociétales, qui renvoient à un dualisme du bien et du mal, du bon et du mauvais. Le sujet « *devient objet à contrôler, à régulariser, en même temps qu'on lui créé des besoins en santé pour une santé totale et absolue* » (C. Eymard 2004 p.19). L'idée même qu'il est une somme de **besoins** à satisfaire de manière « pressante », outre qu'elle correspond à une vision consumériste de l'activité humaine, écarte toute l'importance du **désir** dans la construction de la personnalité. Pourtant, c'est bien par la confrontation au manque, par la création d'espace temporel, affectif, transitionnel, apparaissant entre les besoins et les réponses apportées (par exemple par la mère au nourrisson), que se construit la personnalité, ce qui fait projet en l'homme. Pour Freud, l'homme est d'abord une création de désir et non pas une création du besoin, et c'est le désir qui, comme échappé du besoin, comme une praxis secondaire du mouvement vers sa satisfaction, sans production fonctionnaliste, qui explique l'inopérance relative d'un modèle voulant conduire au bien-être (au bonheur ?), par des chemins préétablis valables pour tous.

L'**environnement**, qu'il faut entendre comme historique, social, politique, naturel, ... est à priori entendu comme déstabilisant. Les interactions individu/environnement sont conçues suivant un modèle behaviouriste, comme des stimuli positifs ou négatifs, et des processus d'adaptation dans une pensée plus récente d'inspiration constructiviste (M. Vial 2001 p.60). L'**infirmière**, dans ce cadre, adopte une démarche systématique d'évaluation des problèmes de santé, il s'agit du modèle « *évaluation / gestion* » (M. Vial 2001 p.46), permettant de maîtriser les situations, d'atteindre des objectifs de soins, de veiller au bon déroulement de la démarche de soins, mais aussi du service par l'utilisation optimum des ressources matérielles et humaines, l'évaluation des protocoles de soin, des procédures d'hygiène, des statistiques, des transmissions ciblées, Les soignants en service fonctionnent en **système** : un partage des tâches selon les compétences des membres de l'équipe placée sous la responsabilité d'un cadre. Cette organisation permet un partage du pouvoir de décision, rendu nécessaire par la communication interne à l'équipe, mais reste cependant orientée vers la tâche à accomplir plutôt que vers la personne à soigner (S. Kérouac 1994 p.11). La **mort** que l'on préfère nommer « fin de vie », cristallise une part importante du questionnement éthique des infirmières ; et si les français décèdent à l'hôpital, dans des conditions de plus en plus médicalisées, les soins palliatifs (1), connaissent parfois des élans de mysticisme qui donnent lieu à ce que M. Vial (2001) nomme le « *magisme* » (ex : E. Kubler-Ross).

(1) Michel Onfray rappelle que palliatif vient du latin « pallium », qui signifie manteau, ayant donné aussi pallier (c'est-à-dire donner une couleur favorable à). Ainsi la palliation correspond à la présentation d'une chose désagréable sous un jour favorable. Le philosophe y voit une manière religieuse (le pallium est aussi un ornement des souverains pontifes) de recouvrir, en la masquant à la raison, la Mort (2003, p.332-333).

La méthode de recherche liée principalement à ce modèle paraît être la **méthode clinique** (ce qui n'exclut pas les autres). Centrée sur la personne (penchée sur : *klinikos*), privilégiant un regard humaniste tenant compte de la subjectivité du chercheur, elle s'inspire de la psychologie, de la psychanalyse, quand elle s'intéresse « aux cas », et de l'ergologie, de la psychologie du travail, pour la clinique des situations. A l'instar du transfert dans la cure analytique, l'implication du chercheur dans la méthode clinique, est d'une part le processus essentiel de la relation, sur laquelle la compréhension des phénomènes vécus pourra s'établir, et, d'autre part, facteur de biais. La posture du chercheur s'établit essentiellement autour d'un critère celui de la **distanciation** « *les résultats de la clinique sont peu ou pas objectivés mais ils sont distanciés* » (M. Vial 2000 p.138).

2.3.4. Modèle de l'existence d'un sujet autonome ouvert sur le monde. (C. Eymard 2004 p.20)

Plutôt que modèle de **santé**, devrait on parler de modèle de vie ? La santé peut se définir aussi comme la qualité de la vie, car ce qui est central dans la pensée des modèles mécaniciste et holistique, a ici une place accessoire, secondaire à l'**existence**.

C'est sans doute le modèle le plus éloigné du monde hospitalier. Mais, il est déjà à l'œuvre sous certains aspects : les droits des patients, les débats sur l'euthanasie et même parfois, si on y prend garde, dans les discours « post SIDA » du corps médical. Au XX^{ème} siècle, la théorie de la relativité formulée par A. Einstein (1879-1955) rend en partie caduc le monde selon Newton. Les connaissances scientifiques ne peuvent plus être considérées comme l'expression de lois immuables, mais, comme des interprétations dépendant du moment et de la communauté qui les a admises davantage que de la réalité elle-même. Ainsi K. Popper (1902-1994), rationaliste, est conduit à une critique des méthodes inductives de la science. On ne peut pas observer la totalité de l'univers pour étayer une théorie, ni même imaginer qu'une observation ultérieure vienne l'infirmier. Par ailleurs, toute observation est tributaire des connaissances de l'observateur baignant dans une culture chargée de théories. Il propose le principe de la « *falsifiabilité* » : toute théorie peut être réduite à néant par une seule contre observation, la science n'évoluant que lorsqu'une loi est démontrée fautive puis remplacée par une nouvelle... même si elle lui reste inatteignable, la science peut cheminer vers la vérité (1).

A l'instar de K. Popper, T. Kuhn (1922-1996) pense que toute observation est chargée de théories ; elle repose sur des **paradigmes**, une « *vision du monde* », des principes métaphysiques, idéologiques, partagée par les scientifiques au sujet de la façon dont les problèmes doivent être compris. Plongés dans ces connaissances préalables, ainsi que dans leurs procédures de construction du savoir, les scientifiques, en général, ignorent ce qui, dans les résultats contraires aux prévisions, menace le paradigme dans lequel ils sont installés.

(1) Raisonnement qui conduit K. Popper à exclure de la science la psychanalyse...

Mais, lorsque les anomalies s'accumulent, ou prennent un caractère majeur, la science progresse par révolutions, au cours desquelles est remis en question le paradigme dominant supplanté par une autre théorie. La notion de «paradigme » a particulièrement résonné dans le champ des Sciences Sociales et Humaines, dont certaines écoles, tentées par le «paradigme » de la physique et des mathématiques, troublent les efforts de ceux qui souhaitent séparer les sciences de la Vie et de la Nature, du reste. Pour P. Feyerabend (1988), cette séparation n'a pas de sens : « *la science et le mythe se chevauchent de bien des manières* ».

Loin de procéder selon une méthodologie éprouvée, les scientifiques n'hésitent pas à recourir à des arguments spécieux, ou à faire valoir des intuitions peu fondées : ainsi, Kepler a découvert les lois du mouvement des planètes parce qu'il était persuadé que l'univers était codé par Dieu en langage mathématique, et Newton doit la loi de la gravitation à son intérêt poussé pour l'alchimie... Les exigences méthodologiques imposées par les institutions se révéleraient davantage un frein qu'une aide au développement de la connaissance. Et, lorsque l'on oppose à Feyerabend l'efficacité de la science (disparition des épidémies, ...), il répond que celle-ci a tiré souvent profit de connaissances « non scientifiques » ou de pratiques anciennes, non qualifiées de scientifiques (E. Clément, C. Demonque 2000 p.165-166) (1).

A l'orée des années 40, les théories de l'information, de la cybernétique et des **systemes**, remettent en question les fondements de la science positiviste et mécaniciste : l'ordre (finalité de la science classique) n'exclut plus le désordre, l'un pouvant provenir de l'autre et inversement (considéré jusqu'à présent comme fruit de l'ignorance). Le chercheur est invité à la pensée complexe, c'est-à-dire **dialogique** : une forme de dialogue entre des logiques opposées.

La séparabilité (l'analyse de Descartes qui consiste à une décomposition en ses éléments les plus simples d'un objet de recherche) s'est interprétée dans le domaine scientifique et de l'activité médicale par l'hyperspécialisation, ainsi que par l'idée que l'observateur n'agit en rien sur l'observation. Ceci est remis en question par les sciences systémiques, qui reliant ce qui est étudié séparément dans les sciences traditionnelles (ex : sciences de la Terre) et la physique contemporaine (W. Heisenberg), démontrent que l'observateur interfère avec le phénomène observé. Les logiques inductive, déductive, et d'identité, sont remises en question par Popper (l'induction est utile à la recherche mais n'a pas valeur de preuve absolue (2)) le système déductif se heurte à notre impossibilité d'inventer des méta-modèles permettant d'extrapoler une observation à une totalité.

La microphysique et l'astrophysique modernes remettent en question le premier principe de la

(1) Bachelard en donne un exemple : l'histoire de la prescription de valériane pour l'hystérie (p 42).

(2) « Tous les cygnes sont blancs » du seul fait qu'on a jamais vu de cygnes noirs.... Sauf en Nouvelle Zélande.

pensée rationnelle : l'identité «A est A », par la mise en évidence d'états simultanés voire contradictoires du même «objet », à la fois matière et énergie.

A cette période, l'école philosophique de Francfort (1) développe une théorie critique du monde moderne. La Raison Universelle, idée-fondement de la culture occidentale moderne, dissimule en réalité une idéologie aliénante : celle de la techno-science, de la rationalisation des tâches, de l'efficacité, de l'expertise, qui ne sont que l'expression d'une «technostructure » enfermant les individus dans des formats de pensée, des formats d'agir, de consommer, de s'exprimer... La Raison a perdu le caractère émancipateur, qu'elle possédait lors des siècles précédents, lorsqu'elle libérait des superstitions, des croyances archaïques Aujourd'hui, instrument du pouvoir, elle conduit à la soumission et à l'uniformisation des comportements. En opposition à cette aliénation, l'école de Francfort propose de rejeter les conventions, de prendre ses responsabilités, d'agir en homme libre. Les conceptions de Francfort croisent celles de la phénoménologie allemande (M. Heidegger) qui conduit en France à l'**existentialisme** (JP. Sartre) pour lequel l'absence de Dieu condamne l'Homme à la liberté et à une responsabilité totale, partagée avec le reste de l'humanité. Une humanité, qui ne pourra survivre, que si, avec la nature, elle établit un contrat, forme de devoir moral, qu'exprime le message de H. Jonas : *« agis de telle sorte que les effets de tes actions soient compatibles avec la permanence d'une vie humaine authentique sur la Terre »* (L. Lemire 2005). Il s'agit d'une conception **écologiste**, rejetant l'anthropocentrisme présent dans la vision environnementaliste du modèle précédent. Ces remises en question, soutenues par les crises éthiques (le sang contaminé, les techniques de clonage, ...) de ces dernières décennies, invitent à un regard plus circonspect sur la science et sur les disciplines qui s'y réfèrent d'une manière absolue. L'Homme est **libre**, la condition essentielle à sa santé n'est ni une dépossession de son corps, ni une éducation à la santé, plutôt dirigiste et souvent culpabilisante, ni la réponse à un besoin qu'un autre évalue perturbé, mais, la possibilité d'exister comme **auteur** de sa vie, en **projet**, lié à toutes les contingences et l'absurdité de la condition humaine. Pour I. Illich (1981), dont C. Eymard (2004) s'inspire aussi, la médecine (comme l'école) induisent des processus d'expropriation de l'Homme, de ses responsabilités et donc de sa liberté. En colonisant la vie quotidienne de la naissance à la **mort**, la médecine industrielle, érigée en pouvoir sans partage, devient un *« atelier de réparation et d'entretien »* (I. Illich 1981), visant au maintien en état de fonctionnement de l'individu, pour le bénéfice d'une société qui l'exploite. Il dénonce aussi un acte médical sans efficacité probante, impuissant à augmenter réellement l'espérance de vie, ainsi qu'à réduire la morbidité totale, et, paradoxalement, induisant des effets iatrogènes, annihilant souvent les éventuels bénéfices attendus.

(1) Théodor ADORNO (1903-1969), Walter BENJAMIN (1892-1940), Herbert MARCUSE (1898-1978), Erich FROMM (1900-1980).

Pour l'auteur, la médecine actuelle, en modifiant le rapport au sens, que toute culture permet à l'individu et au groupe d'avoir avec la naissance, la souffrance, la mort, ..., s'impose bien au-delà du cercle dans lequel son intervention devrait se manifester. Ces événements, source d'angoisse, deviennent des stimuli pour la consommation et la production de marchandises, annihilant ainsi l'expérience du vécu. 25 ans plus tard, I. Illich affirme que les médecins ne sont plus les décideurs du système biomédical, mais tout au plus, légitimement-ils l'industrie pharmaceutique et que « *plus grande est l'offre de « santé », plus les gens répondent qu'ils ont des problèmes, des besoins, des maladies, et demandent à être garantis contre les risques.* » Bref, la quête désespérée de la santé crée la maladie... (C. Halpern 2005).

La massification des pratiques médicales et l'éloignement du corps du sujet, qu'elle favorise, sont pour HG. Gadamer, une source supplémentaire d'erreurs et d'aléas car la clinique s'exerce au travers d'appareils de mesures et en référence à des normes. Cette approche est plus favorable à une perception de la trajectoire des individus par la mise en évidence d'éléments morbides car, à l'inverse, « *la santé ne se donne pas à voir* » (HG. Gadamer 1998 p.107). Ceci rend impossible une définition positive de la santé, si l'on n'articule ces conceptions qu'avec l'univers médical. En revanche, si on considère que la santé dépend d'un grand nombre de facteurs, qu'elle suppose un « *rapport harmonieux tant avec le milieu social qu'avec l'environnement naturel, cela nous permet de nous immerger dans le rythme naturel de la vie* » (HG. Gadamer 1998 p.141). La santé fait partie de la dynamique de l'expérience humaine, elle ne peut pas être appréhendée uniquement dans un sens objectif, positiviste, scientifique. Il faut donc valoriser les **soins préventifs** par rapport aux soins curatifs, dépasser le seul secteur sanitaire, prendre en compte les dimensions économiques, politiques, sociologiques, Ainsi, pour l'OMS (1978), « *les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées* ». C'est toute la philosophie d'une approche de la promotion de la santé (1), où les individus, membres de **communautés**, s'engagent et participent à la réalisation et l'évaluation des soins de santé primaire : « *le patient est non seulement acteur, mais aussi décideur, il possède un savoir d'expérience de la maladie, de la santé, issu du quotidien et de son histoire* » (C. Eymard 2004 p.22). L'infirmière est en interaction avec le corps social, elle accompagne les projets issus de communautés, elle met à leur disposition des compétences d'éducatrice pour la santé. Cette « philosophie » est au cœur de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui donne une place centrale à la « démocratie sanitaire », insistant sur le droit à l'information, à l'obligation du consentement, à la liberté de choix pour l'utilisateur, et étendant ces principes aux enfants.

(1) Remise en question de l'expression « prendre soin de » si revendiquée par les « théories » de soins infirmiers et que C. Peyron-Bonjan identifie comme la tentation de prendre le pouvoir sur l'autre, le « rendre passif, l'objectiver ».

Bien que n'excluant pas le recours aux méthodes précitées, la méthode de recherche partageant de nombreux éléments de cette conception de la santé : dimension communautaire, ouverture sur le monde, pourrait être la méthode de l'**Ethnos**. Elle nécessite un effort « d'acculturation » de la part du chercheur, celui-ci s'inscrit dans la vie d'un groupe préexistant et identifiable. Cette approche permet de restituer les concepts de santé et de désordre, physique ou psychique, comme phénomènes sociaux et culturels ; rechercher en quoi la maladie ou la santé prennent sens pour une famille, un groupe, une entreprise, mais aussi pour le chercheur, car il existe deux principes de base : « *Les conditions de la recherche influent sur la recherche, elles constituent un des matériaux de la recherche : les problèmes rencontrés font partie de la recherche et le JE du chercheur se décrit aussi et décrit la perturbation qu'il créé. Ce n'est pas la perte de l'objectivité : simplement ici l'observateur est l'appareil d'observation. Le JE fait partie du contexte* » (M. Vial 2001 p.134-135).

3. DISPOSITIF DE RECHERCHE

3.1. Question centrale : évolution de la réflexion.

Le questionnement à cet instant pourrait se décliner ainsi : les espoirs placés par l'instauration d'un TFE prenant la forme d'une initiation à la recherche en santé ne seront-ils pas déçus ? C'est-à-dire, le TFE contribuera-t-il à alimenter un processus de construction identitaire ainsi qu'à favoriser les conditions de l'apparition d'un « savoir », d'une « science » infirmière, une praxis ? Ou bien encore, comme pour la démarche de soins ou les diagnostics infirmiers, sera-t-il rejeté par les futurs professionnels, qui s'inscriront au final dans le modèle dominant, voire exclusif, de l'infirmière « technico-rationnelle » ? Nous l'avons vu, les formateurs, les dispositifs de formation, n'évoluent pas indépendamment des principes et des forces en présence dans un contexte plus large, qui est essentiellement celui des services hospitaliers. En France, nous faisons le pari que la formation initiale peut induire une modification des représentations puis des pratiques. D'autres pays, ont fait des choix « stratégiques » différents. Pourrait-on observer si une évolution est à l'œuvre, c'est-à-dire, s'il existe déjà une corrélation perceptible, pour les étudiants infirmiers en fin de cursus, entre une conception de la santé, de leur futur exercice professionnel, avec une conception de la recherche et le choix de la méthode de recherche ? La question centrale peut se poser en ces termes : malgré la diversité des approches pédagogiques d'un IFSI à l'autre (place de la recherche dans le dispositif pédagogique, diversité des enseignements des méthodes de recherche, compétence des formateurs, ...), pour les étudiants, le choix de la méthode de recherche est-il en corrélation avec leur conception de la recherche, leur modèle de santé et leur modèle de l'infirmière ?

3.1.1. Choix de la méthode.

Dans cette étude, il s'agit de comparer les conceptions et les choix d'étudiants en soins infirmiers vivant une situation présentant des similitudes : élaboration d'un TFE prenant la forme d'une initiation à la Recherche en Soins Infirmiers et validant la réussite au Diplôme d'Etat, disséminés cependant sur plusieurs IFSI proposant des dispositifs d'initiation à la recherche différents (variable intergroupes : nombre de méthodes enseignées par IFSI).

La méthode différentielle qui «*étudie les variations de réponses par rapport à un phénomène extérieur*» (C. Eymard 2004 p.74) et cherche à identifier des liens entre des comportements et des facteurs par la mise en évidence de corrélations, semble la plus adaptée : par exemple entre un choix de méthodes de recherche, l'adhésion à un modèle de santé et de soignant chez les étudiants exposés à des dispositifs pédagogiques différents.

La recherche de corrélations correspond à la recherche de rapports significatifs entre des variables, produits d'une hypothèse ou d'une question de recherche. Le calcul des coefficients de corrélation (r de Bravais-Pearson) met en évidence le degré de liaison entre les variables, son résultat est égal à 1 quand les grandeurs sont parfaitement liées, et, soit directement proportionnelles (corrélation positive : + 1), ou inversement proportionnelles (corrélation négative : - 1). Une corrélation statistique ne signifie cependant pas l'existence d'un lien de cause à effet entre les variables. Par exemple, entre elles, peut s'interposer l'effet d'une troisième variable dont il n'est pas tenu compte dans l'hypothèse de recherche, et qui n'est pas exploitée par le dispositif. Par ailleurs, le coefficient de corrélation *r de Bravais-Pearson*, évalue uniquement la conformité ou non avec le modèle linéaire, aussi, une corrélation statistiquement faible n'implique pas obligatoirement qu'il n'y ait aucune liaison entre les deux variables.

3.1.2. Population étudiée.

La population étudiée sera constituée de trois groupes d'étudiants en Soins Infirmiers, de troisième année, en cours de réalisation de leur TFE. Il s'agit d'étudiants d'IFSI différents (1), connaissant un contexte pédagogique variable, c'est-à-dire, pour un établissement, les étudiants auront bénéficié d'une formation sur les quatre méthodes de recherche principales (expérimentale, différentielle, clinique, ethnos), pour un autre, ils auront été formés aux méthodes expérimentale et clinique, enfin, le troisième aura opté pour la méthode clinique en priorité. Ceci permettant d'introduire une variable contextuelle avec laquelle on pourra rechercher d'éventuels liens avec les autres variables.

Il est difficile de créer un échantillonnage de manière rigoureuse en respectant, sur des volumes de population si restreints, les règles d'une approche probabiliste, échantillons aléatoires,

(1) Trois établissements de la région Provence Alpes Côte d'Azur, aux effectifs de promotion différents : IFSI « A » = 69 étudiants, IFSI « J » = 80 étudiants, IFSI « M » = 135 étudiants.

échantillons par grappes ou stratifiés, y compris, même, celle des quotas. Mais, puisqu'il s'agit de traiter des variables inter-individuelles, « *il va de soi que l'échantillon est hétérogène et ne vise pas à être représentatif de la population parente* » (C. Eymard 2004 p.76). Cependant, celui-ci doit comporter un nombre suffisant d'individus afin de réaliser des calculs statistiques (40 étudiants par IFSI, soit 120 au total). Pour chaque établissement, une quantité plus importante de questionnaires seront recueillis, puis, il sera procédé à un tirage au hasard, sachant que les trois échantillons présentent un certain nombre de caractéristiques communes : ils ont suivi le même programme de formation durant trois années, ont été sélectionnés suivant des modalités réputées identiques, ont été confrontés à des épreuves d'évaluation présentant des similarités.

3.1.3. Outil de recueil de données : le questionnaire.

Le questionnaire est un outil qui permet de recueillir les déclarations des personnes. Il appréhende « *la perception des sujets sur leur faire et non le faire directement* » (C. Eymard 2003 p.139). C'est un outil d'enquête standardisé, assez facile à manipuler, généralement de grande diffusion et d'exploitation relativement aisée. Cependant, il nécessite, si l'on considère sa fiabilité et sa validité, un temps important d'élaboration, et de la rigueur lors de sa mise en test. Son inconvénient majeur est de priver le chercheur de beaucoup d'autres informations, il restreint la richesse des réponses possibles, mais se prête davantage au traitement par les statistiques. Il est nécessaire que les questions qui le composent soient claires, et que les sujets enquêtés soient informés par des instructions précises. Un questionnaire auto administré (c'est le cas) ne peut pas être construit de la même manière que lorsque les questions sont posées directement par l'enquêteur, celui-ci, dans ce cas, reste maître du déroulement du questionnaire, et reste toujours en situation de reformuler les questions. Il est nécessaire d'éviter les questions ouvertes, car il est fort probable que l'on obtienne des réponses sommaires, voir, aucune réponse. Le questionnaire doit être précédé d'une introduction brève, veillant à le justifier et à réfuter les objections des sujets. Elle doit comporter les éléments essentiels suivants : la garantie d'un traitement éthique et déontologique, une explication (courte) de l'objet de recherche (en évitant d'induire des réponses). Il peut être considéré comme intéressant pour une première phase de recherche, à compléter par des entretiens, ceux-ci inclus éventuellement dans une méthode de recherche différente, ce qui souvent s'observe par une formulation inversée : des entretiens semi directifs servant à bâtir l'outil d'enquête : le questionnaire.

3.1.4. Construction de l'outil.

L'objet de recherche : les corrélations possibles entre la méthode de recherche choisie, la conception de la recherche, et les conceptions de différents modèles de santé, ont été développées théoriquement dans la problématique. Afin de construire un questionnaire, nous

avons utilisé l'arbre du questionnaire, qui permet de décliner le thème en variables, les variables elles-mêmes en indicateurs. Les questions préformées ou à choix multiples, ce qui permet à l'enquêté de choisir une réponse, la plus proche possible de son opinion, et d'obtenir ainsi certaines nuances, sur l'ensemble de l'enquête. Afin de bâtir le questionnaire, a été utilisé le logiciel Sphinx Plus 2 (version étudiant), proposé et fourni par le Département des Sciences de l'Education. Ce logiciel doit faciliter le traitement des données, tri à plat, calcul d'inférence statistique... dans le cadre de la méthode différentielle, se sont surtout les coefficients de corrélations qui nous intéressent.

(Voir tableau de l'arbre du questionnaire en annexe 1 et tableau de la structure du questionnaire en annexe 2).

3.1.5. Procédure de pré-test de l'outil.

Afin de s'assurer que le questionnaire soit applicable, il faut vérifier celui-ci par des essais (l'ordre des questions est-il accepté par les sujets ? - toutes les questions sont-elles comprises ? - comment les sujets réagissent-ils à l'ensemble du questionnaire ?- est-il trop long ? ennuyeux ? indiscret ? ...) Il est nécessaire de distinguer deux étapes dans le test du questionnaire. La première porte sur la formulation de chaque question, la seconde, sur la totalité du questionnaire. Ces étapes permettent de réduire les effets d'incompréhension et de résistance ou de défense, qui constituent des biais possibles : effet de « halo », effet de longueur, rétractation défensive aux changements de thèmes, réactions de prestige, attraction des réponses positives... . Tester l'outil permet d'appréhender sa valeur dans un contexte proche de celui dans lequel il sera utilisé. L'échantillon de population était composé d'étudiants infirmiers de troisième année de l'IFSI de Digne les bains. Deux séances de test ont été nécessaires, séparées d'une dizaine de jours.

Conditions du premier test : dans une salle où étaient réunis l'ensemble des étudiants (36), une information minimum leur a été donnée sur l'objet de recherche : « *je cherche à comprendre la conception de la recherche et de la santé chez les étudiants infirmiers de troisième année.* » Un premier questionnaire leur a été proposé (en annexe III), dans lequel figuraient quinze questions à choix multiples, portant sur les variables retenues. Les résultats du test : ont nécessité de reformuler ce questionnaire, en raison des problèmes apparus : mauvaise lisibilité des consignes, formulation de certaines questions induisant fortement les réponses. Il est ressorti, par de nombreuses annotations, et par la fréquence des erreurs de réponses, qu'il y avait souvent confusion entre méthode et outil de recherche, que le choix de la méthode de recherche résultait d'une association de divers facteurs, bien plus que nous le présumions, et qu'il fallait donc donner la possibilité d'exprimer celle-ci, dans le questionnaire final. L'enquête sera donc réalisée avec l'ajout des questions portant sur le choix de l'outil de recherche et sous la forme de questions « fermées échelle » au lieu des questions « fermées à choix multiples », ce qui facilite par la suite les calculs de coefficient de corrélation.

Conditions du second test : idem (durée : 20 minutes). Résultats : reformulation d'un item induisant fortement la réponse (item n° 41, plutôt que : « *est centré sur la personne* », est proposé : « *doit porter sur la personne* »). Le questionnaire, est plus long (suite aux modifications citées plus haut), ce qui est remarqué par quatre étudiantes, sans que cela nécessite une nouvelle modification (annexe IV).

3.1.6. L'enquête.

Les directions des établissements concernés ont toutes été contactées soit directement, soit par téléphone, afin d'expliquer la démarche et d'obtenir leur accord. Dans chacun des établissements, un formateur cadre de santé (correspondant dont nous sommes assuré de la participation) diffuse auprès des étudiants de troisième année un nombre de questionnaires correspondant à l'effectif total des promotions. Les questionnaires ont été envoyés par La Poste, accompagnés de courriers explicatifs de la démarche, dans des termes veillant à réduire les phénomènes d'influence et de biais ; l'engagement écrit a été pris de communiquer ultérieurement les résultats de cette recherche (annexe V). Le retour des questionnaires s'est fait dans les quinze jours suivants par courrier, grâce aux bons soins des correspondants (1). Un d'entre eux (IFSI « M ») a accompagné le retour d'un mot, expliquant que les étudiants avaient rencontré certaines difficultés dans la compréhension des trois premières questions. Aucune remarque de cet ordre n'accompagnait les deux autres retours. Une fois reçus, par un tirage aléatoire (extraction d'un questionnaire sur trois jusqu'à obtention du nombre attendu) trente cinq questionnaires ont été extraits de chacun des trois retours (2).

4. ANALYSE DES DONNEES.

4.1. Traitement préliminaire.

Avant de procéder à une première mise en forme des résultats, l'étude des caractéristiques des « non réponses » est un préalable. Les « non réponses » peuvent provenir de l'incompréhension de la question, de l'ignorance du thème, du refus de s'engager, et sont, en cela, significatives.

Pour l'IFSI « A », sur 35 questionnaires (soit un total de 1540 questions), on compte 19 « non réponses » dont 9 sur le même questionnaire (l'étudiant semble avoir oublié une page). Pour l'IFSI « J », on compte 19 « non réponses », 8 d'entre elles se situent dans les trois premières questions (portant sur l'enseignement et le choix de la méthode de recherche et le choix de l'outil). Pour l'IFSI « M », on compte 99 « non réponses », dont 10 dans les trois premières questions, et de nombreuses dans les questions touchant aux définitions de la santé, de l'Homme, de l'infirmière, du rapport à l'environnement, du soin.

(1) Les conditions dans lesquelles les étudiants ont pu remplir les questionnaires ont été variables d'un établissement à l'autre : réunis dans une salle pour les IFSI « J » et « M », complétés sur leurs lieux de stage pour l'IFSI « A ». Bien évidemment, ces conditions peuvent influencer sur la qualité des réponses, même si, rien dans les résultats, ne permet réellement de corroborer cette éventualité.

(2) Quelques difficultés sont apparues, en raison des limites d'utilisation du logiciel « Sphinx Plus2 étudiant ». Il était nécessaire d'entrer plusieurs fois, en constituant des sous groupes, les questions entre lesquelles on voulait pouvoir observer des liens, et ceci, pour chacun des établissements. Puis, dans un deuxième temps, voulant saisir la totalité des questionnaires, il fallut restreindre à 99 le nombre total de ceux-ci, le logiciel n'en acceptant pas plus... . Ce désagrément, a réduit les possibilités de manipulation des données recueillies.

Ces premiers résultats sommaires permettent, cependant, d'entrevoir que les degrés d'identification des modèles de santé, des méthodes de recherche et des outils de recherche, sont variables d'un établissement à l'autre, plus élevés pour les étudiants de «J » et de «A », que pour ceux de «M ». Ceci semble être confirmé par les remarques ajoutées par les étudiants : «*je ne sais pas* », «*les notions de la 1ère page ne sont pas connues* » «*j'ai du mal à comprendre la question* » «*je n'ai pas connaissance de ces méthodes* » et de nombreux points d'interrogation (tableau 18, annexe VI).

4.1.1. Mise en forme des résultats.

Une première analyse est faite établissement par établissement. Si elle ne permet pas, compte tenu des faibles effectifs, de procéder, toujours, à des calculs statistiques objectivant les liens possibles, la mise en forme des résultats par des tableaux de fréquences, puis des tableaux croisés (observation de combinaisons de réponses à plusieurs questions), mettent parfois en évidence des tendances. Dans un deuxième temps, l'ensemble des questionnaires (des trois IFSI) est l'objet d'un tri, puis, d'une tentative de mise en évidence de relations entre différentes variables. (Les données relatives à la méthode de l'Ethnos seront écartées car représentant un effectif quasi inexistant).

4.1.2. Résultats établissement par établissement et leur comparaison.

Concernant la répartition des méthodes de recherche enseignées, il ressort que seuls les étudiants de «A » ont bénéficié de l'enseignement de quatre méthodes et qu'ils savent identifier celles-ci dans le questionnaire (tableau 1, annexe VI). Les réponses de «M » sont beaucoup plus diffuses, il semblerait cependant que les deux méthodes les mieux identifiées soient la méthode expérimentale et la méthode clinique. On note 14,3% de «non réponses » (tableau 3, annexe VI). Et «J » place largement en tête la méthode expérimentale (25 fois sur 35 questionnaires) ce qui ne signifie pas que les étudiants ont une idée précise de celle-ci (tableau 2, annexe VI). Concernant la méthode de recherche utilisée, la méthode clinique est sollicitée par 22 étudiants sur 35 pour «A », arrive ensuite, la méthode différentielle. On ne note aucune «non réponse ». Pour «J », la méthode expérimentale reste celle pour laquelle optent plus de deux étudiants sur trois, ce qui n'est pas étonnant compte tenu qu'ils l'avaient identifiée comme celle principalement enseignée. Pour «M » la méthode expérimentale est majoritairement citée, suivie de la méthode clinique et de la différentielle. Le nombre de «non réponses » reste élevé, leur répartition est plus diffuse, comme pour les réponses à la question 1 (méthodes enseignées).

Tableau 4 : répartition de la méthode de recherche utilisée selon les réponses des étudiants des trois IFSI ayant participé à l'enquête.

Méthode utilisée	Nb cit IFSI « A »	Fréquence IFSI « A »	Nb cit IFSI « J »	Fréquence IFSI « J »	Nb cit IFSI « M »	Fréquence IFSI « M »
expérimentale	3	8,6%	23	65,7%	19	54,3%
différentielle	11	31,4%	7	20,0%	8	22,9%
clinique	22	62,9%	3	8,6%	9	25,7%
De l'Ethnos	0	0,0%	1	2,9%	1	2,9%
autre	0	0,0%	2	5,7%	1	2,9%
Non réponse	0	0,0%	5	14,3%	5	14,3%
Total	35		35		35	

Pour « A », l'outil de recueil de données prioritaire est l'entretien, ce qui est cohérent au regard des réponses obtenues concernant les méthodes de recherche : la méthode clinique est largement sollicitée. Le questionnaire est l'outil qui recueille le plus de suffrages, ce qui semble cohérent au regard des réponses concernant les méthodes de recherche enseignées et utilisées pour « J ». En revanche, pour « M », le nombre de réponses est très important au total, les étudiants ont fréquemment coché deux, trois, voire quatre outils, certaines remarques, ajoutées par leurs soins laissent supposer quelques confusions : il semblerait que l'analyse documentaire serve à alimenter la problématique, et que l'entretien, l'observation, et le questionnaire, soient utilisés, en dehors de tout lien pertinent (tableau 8, annexe VI) (tableaux 5, 6, 7, annexe VI).

La motivation du choix de la méthode est prioritairement pour « A » et pour « J » qu'elle soit « adaptée » à l'objet de recherche, puis « comprise » et « rigoureuse ». En revanche, pour « M », il faut qu'elle soit prioritairement « conseillée » par le directeur de TFE. Pour « M » peut-on penser que les étudiants s'inscrivent davantage dans une guidance, que dans un questionnement de recherche de sens ? Par ailleurs, à la différence de « J », la proposition « rigoureuse » est celle qui recueille le moins de suffrages. On note d'autres variations : dans « J », où la méthode expérimentale est dominante, la proposition « rigoureuse » recueille plus de réponses favorables que pour « A », où les étudiants sont plus orientés vers la méthode clinique. En résumé, il semble que l'on puisse dire qu'au plus il existe de « flou » dans l'identification des méthodes et outils de recherche, au plus la décision dépend du conseil (de l'influence ?) du directeur de TFE. Cependant, cette influence existe de manière importante dans les trois établissements (environ 6 fois sur 10 pour « A » et pour « J », et plus de 8 fois sur 10 pour « M ») (tableaux 9, 10, 11, 12, 13, 14, annexe VI).

Massivement, les étudiants considèrent l'initiation à la recherche, prioritairement comme une obligation, pour obtenir le Diplôme d'Etat (question 17). Cependant, ce sont ceux de « M » qui

se manifestent prioritairement en faveur de cette proposition. Ensuite, les étudiants le considèrent comme une possibilité de s'inscrire dans un processus identitaire professionnel (question 16). Ils sont nettement moins nombreux, tous établissements confondus, à considérer que l'initiation à la recherche permettrait de « participer à l'évolution des soins infirmiers, vers une science infirmière » (question 14). Il faut pourtant noter que « M » est celui qui recueille le plus d'avis favorables pour cette proposition (si ce paradoxe était vérifié, à grande échelle, et sur la durée, il pourrait remettre en question le lien « initiation à la recherche infirmière, recherche en soins infirmiers » et « création d'une discipline infirmière autonome », qui est une des visées de la modification des épreuves du Diplôme d'Etat, car il se pourrait, que le désir d'émancipation des futurs professionnels, soit indépendant de leur maîtrise, ou de l'importance qu'ils attachent à la maîtrise, de la recherche.) (tableaux 15, 16 17, annexe VI).

4. 2. Traitement des données des trois établissements réunis. (1)

Le regroupement des données des trois établissements fait apparaître que la méthode expérimentale est nettement celle qui, d'après les étudiants, est la plus enseignée (dans 81,8% des cas). Puis, ex-aequo, les méthodes différentielle et clinique, dans 50% des cas. On note que dans 8,1% des cas, les étudiants ne savent pas répondre à cette question, mais, nous l'avons vu, ce problème se pose particulièrement pour un établissement, l'IFSI « M ». (tableau 19, annexe VII). Sur la base des réponses recueillies, les méthodes utilisées sont, dans l'ordre, la méthode expérimentale (43,4%), la méthode clinique (33,3%), la différentielle (25,3%) et celle de l'Ethnos (2% !?). Notons, là aussi, 9,1% de « non-réponse » (tableau 20, annexe VII). L'outil recueillant le plus de faveur est l'entretien (54,5%) puis, le questionnaire (52,5%) et enfin l'observation (27,3%) (tableau 21, annexe VII). L'ensemble des pourcentages est supérieur à 100% car un nombre significatif d'étudiants ont répondu qu'ils utilisaient plusieurs outils pour leur recherche (tableaux 6 et 7, annexe VI). Il apparaît que la méthode clinique est utilisée plus souvent qu'elle n'a été enseignée, alors que la méthode de l'Ethnos, bien que parfois enseignée, (IFSI « A ») serait très peu utilisée (tableau 22, annexe VII). Lorsque l'on croise « l'outil de recueil de données » et « la méthode de recherche utilisée », on observe une pertinence dans le choix de ceux-ci, par exemple, l'entretien associé à la méthode clinique, et le questionnaire aux méthodes différentielle et expérimentale (cette dernière semblant s'accorder, selon les étudiants, avec les différents outils). En revanche, il existe des associations « curieuses », comme, par exemple, le questionnaire avec à la méthode clinique (déjà noté précédemment) (tableau 23, annexe VII).

(1) Rappel : compte tenu des limites imposées par le logiciel, nous avons dû, comme expliqué précédemment, réduire au hasard de deux questionnaires, chacun des IFSI.

4.2.1. Les relations entre variables. (1).

La mise en évidence, puis l'interprétation de relations entre les variables constitue l'essentiel de l'analyse des résultats. Nous avons croisé des variables afin de tenter de mettre en évidence des corrélations en utilisant les automatismes du logiciel, mais aussi, en soulignant le rapport proportionné de la dispersion des réponses à une variable par rapport à une valeur moyenne d'ensemble. A cette fin, ont été utilisés différents types de graphiques : les profils, les graphiques de dispersion, les graphiques de corrélations. Les résultats manquent parfois d'évidence, les effectifs ne permettent pas toujours des calculs statistiques probants. Cependant, certains éléments sont intéressants à étudier.

4.2.2. Une approche méthode par méthode en lien avec des variables.

Si l'on croise les « méthodes utilisées » avec les réponses formulées par les étudiants aux questions concernant le soin, la santé, l'Homme, ..., on obtient les éléments de réflexion suivants.

Tableau 24 de moyennes des réponses en fonction de la méthode utilisée.

Méthode utilisée	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Expérimental	2,12	1,69	2,17	2,34	1,77	1,84	1,51	2,10	2,10	2,29	2,21	2,00	1,81	1,23
Différentielle	2,20	1,52	2,16	2,20	2,16	1,96	1,56	1,96	1,74	2,16	2,52	2,28	2,00	1,40
Clinique	2,21	1,58	2,27	2,15	2,09	2,34	1,66	2,28	2,41	2,16	2,21	2,24	1,81	1,31
Total	2,18	1,60	2,22	2,21	2,01	2,03	1,59	2,11	2,12	2,26	2,35	2,11	1,91	1,27

Méthode utilisée	18	19	20	21	22	23	24	25	26	36	37	38
expérimentale	1,67	2,95	1,88	2,43	2,73	2,46	1,71	1,91	2,17	1,21	1,79	1,81
Différentielle	2,04	2,84	1,96	2,46	2,52	2,76	1,64	2,16	2,08	1,17	1,88	1,58
Clinique	2,03	2,50	2,19	2,28	2,81	2,65	1,55	1,58	2,03	1,27	1,73	1,84
Total	1,83	2,84	2,00	2,41	2,74	2,60	1,63	1,94	2,09	1,23	1,82	1,75

Les numéros de la première ligne (de 4 à 38) correspondent aux numéros des questions du formulaire d'enquête (annexe III), il s'agit des variables concernant l'initiation à la recherche, la recherche, l'intérêt pour la recherche, la santé, l'infirmière.

Les valeurs du tableau sont les moyennes calculées sans tenir compte des « non-réponse ». La ligne « méthode de l'Ethnos » a été supprimée car peu représentative. Les paramètres sont établis sur une notation de 1 (tout à fait d'accord) à 4 (pas du tout d'accord). Exemple : pour la question 18, les étudiants ayant opté pour la méthode expérimentale, sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec l'idée que la recherche tient compte de « données objectives et mesurables ... », la moyenne de leurs réponses est de 1,67. en revanche, les étudiants ayant opté pour la méthode clinique, répondent en moyenne qu'ils sont « plutôt d'accord » et « plutôt pas d'accord », la moyenne de leurs réponses est de 2,03. L'écart entre 1,67 et 2,03 donne l'amplitude de la dispersion des réponses, et 1,83 correspond à leur valeur moyenne.

Ce tableau permet de percevoir une incertitude autour des conceptions de la recherche, les dispersions des réponses sont très significatives pour les propositions : « maîtrise de l'outil de recueil de données » (question 9), « facilité de mise en œuvre de cet outil » (question 12),

(1) Compte tenu des limites du logiciel, 20 questions maximum par enquête, le questionnaire complet a du être créé puis traité, en trois parties qui se chevauchent : 1^{ère} partie : « méthode et outil » questions 1 à 20, 2^{ème} partie : « recherche et santé » questions 14 à 20 et 24 à 35, 3^{ème} partie : « infirmière, soin, soigner » questions 18 à 20 et 36 à 44.

« développer des compétences » (question 15), « données mesurables » (question 18), « résulte du hasard » (question 19), et « formule des lois générales » (question 20). La méthode expérimentale est celle qui est citée en lien avec la notion de « maîtrise » de l'outil (1,84), une conception de la recherche « tenant compte de données objectives et mesurables... » (1,49), formulant des « lois générales suite à l'expérimentation » (1,74), et rejetant toute part de « hasard ou d'intuition » (3,16). Sur la base de ces données, il semble que les étudiants « expérimentalistes » (graphique de dispersion 25, annexe VII) sont les plus favorables à une initiation à la recherche participant « à l'évolution des soins infirmiers vers une science infirmière » (question 14), et qui « développe des compétences en matière de logique et de méthode » (question 15) (2,26 ; 1,81). Parallèlement, « l'obligation pour l'obtention du Diplôme d'Etat » (1,23), reste, pour ces sujets, la principale justification de leur TFE (question 17). En revanche, et ceci paraît intéressant, les étudiants « cliniciens » (graphique de dispersion 26, annexe VII), pour les mêmes questions, adoptent des réponses sensiblement différentes et parfois même inverses. Ils semblent moins opposés à l'idée que la recherche participe d'une part de « hasard » (2,41) et manifestent plus d'opposition aux propositions faisant de celle-ci une quête de « données objectives et mesurables... » (2,23) et une formulation de « lois générales suivant une expérimentation » (2,34). Toujours à ce sujet, les réponses sur leurs conceptions de la recherche s'inscrivent dans une variation moins importante (2,23 à 2,41) que pour les étudiants ayant opté pour la méthode expérimentale (1,49 à 3,16), et ceux ayant opté pour la méthode différentielle (1,96 à 2,80) (graphique de dispersion 27, annexe VII). S'agit-il d'une perception plus nuancée (ou moins précise) du rapport à la recherche ? On peut noter également, que la méthode clinique ne leur paraît pas la plus « rigoureuse » (2,27) mais la plus « facile à mettre en œuvre » (2,15)... Enfin, on observe que, parmi les méthodes utilisées, celles dont le choix est le plus lié au « conseil » du directeur de TFE, sont l'expérimentale (1,77) et la clinique (2,09) (question 13) (différentielle : 2,16).

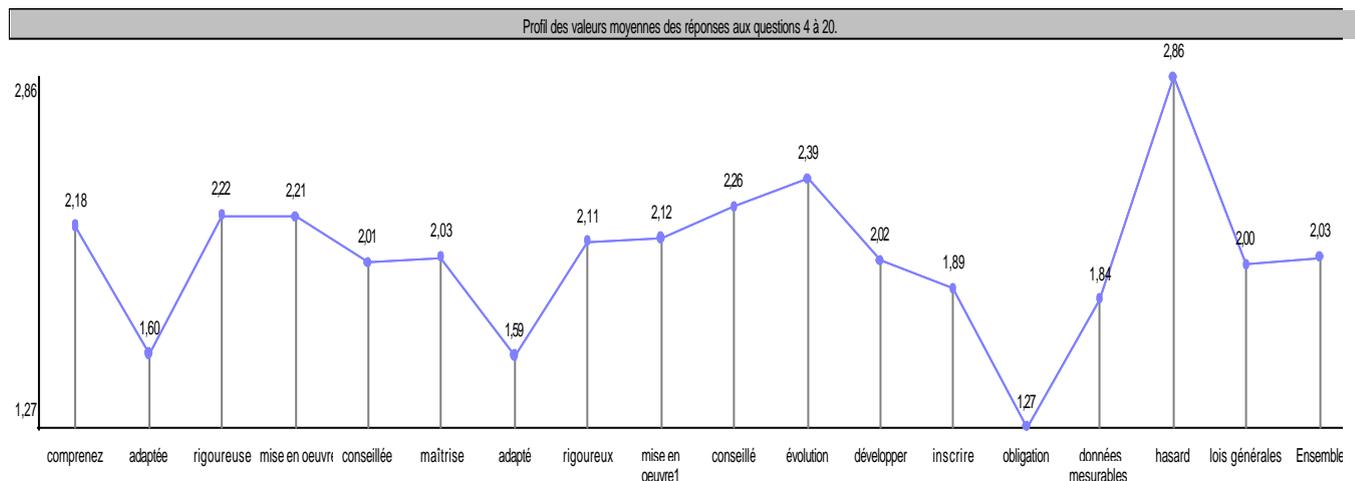
En croisant les méthodes utilisées avec la conception de la recherche (questions 17, 18, 19, 20), l'intérêt pour la recherche (questions 21, 22, 23), la conception de la santé (questions 24, 25, 26) et de l'infirmière (questions 36, 37, 38), des rapprochements sont possibles. Les étudiants « expérimentalistes » sont nombreux à considérer que leur méthode n'a pas réduit leur intérêt pour la recherche (2,73), et ils sont davantage à penser cela, chez ceux qui ont opté pour la méthode clinique (2,81). Mais, les premiers, sont plus nombreux à considérer qu'elle a, au contraire, accru leur intérêt pour la recherche (2,46 pour 2,65). Les étudiants, ayant opté pour la méthode différentielle, répondent prioritairement que le choix de la méthode a accentué leur désintérêt pour la recherche (2,52 et 2,76). Les étudiants « cliniciens » sont, comparativement aux autres, très favorables à l'idée que la santé est « en priorité exister comme auteur de sa vie, être en projet » (1,58 pour une valeur moyenne totale de 1,94) ainsi que, « un équilibre

nécessitant une adaptation» (1,55 pour une moyenne totale de 1,63 ; « expé » : 1,71 et « diff » : 1,64). A l'inverse, ils sont, relativement, les plus convaincus (2,03 pour une moyenne totale de 2,09) qu'être en santé c'est « ne pas être malade », dépassant, en cela, leurs camarades (expérimentale : 2,17 et différentielle : 2,08). De même, « suppléer aux incapacités dont souffre le malade » trouve un écho plus favorable pour les « cliniciens » (1,73) que pour les « expérimentalistes » (1,79) et les « différentialistes » (1,88). Enfin, la nécessité de se situer « en interaction sociale » pour l'infirmière n'est pas plus évidente (voir moins) pour les étudiants ayant opté pour la méthode clinique que pour les autres (clinique : 1,84 ; expérimentale : 1,81 ; différentielle : 1,58 ; pour une moyenne totale de 1,75).

4.2.3. Approche globale.

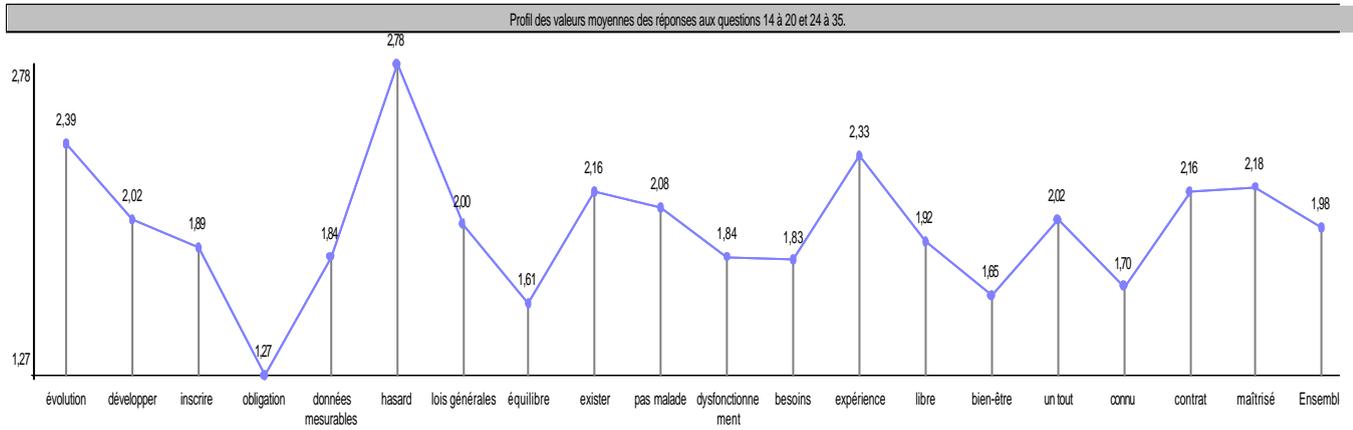
Sous une forme différente, et en tentant d'avoir une vision d'ensemble des questions 4 à 44, étudions les trois graphiques suivants.

Pour les graphiques, les paramètres sont établis sur une notation de 1 (tout à fait d'accord) à 4 (pas du tout d'accord), par exemple : l'item « obligation » obtient une valeur moyenne de 1,27, ce qui signifie que la plupart des étudiants ont répondu « tout à fait d'accord ».



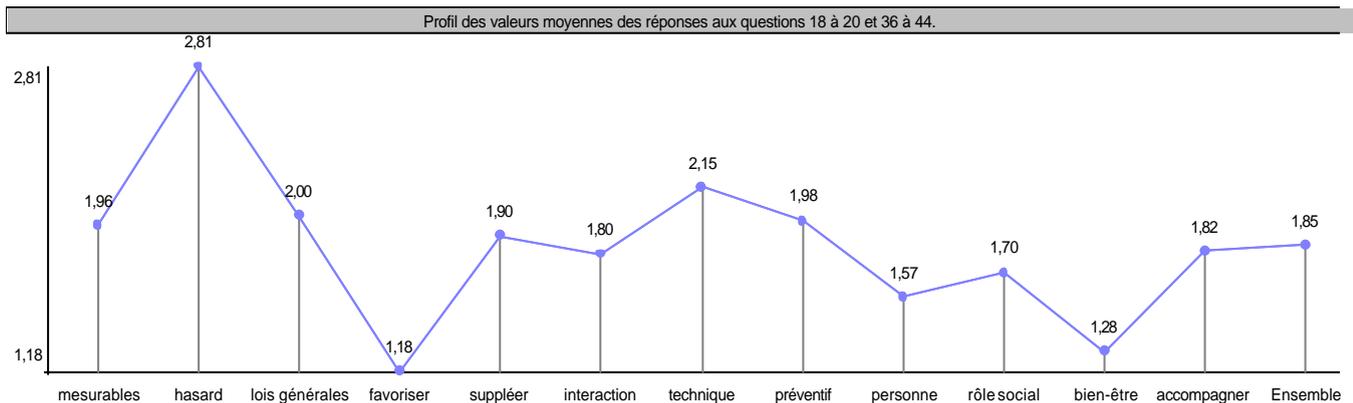
Profil 28 des valeurs moyennes des réponses aux questions 4 à 20. Valeur moyenne totale : 2,03.

On observe sur le profil 28 que les étudiants considèrent leur choix de méthode et leur choix d'outil « adaptés » (valeurs moyennes 1,60 et 1,59). La méthode utilisée a été, dans une majorité de cas, « conseillée » par le directeur de TFE (2,01). Mais, une minorité d'entre eux considère que l'initiation à la recherche dans le cadre du TFE « participe à l'évolution des soins infirmiers vers une science infirmière » (2,39).



Profil 29 des valeurs moyennes des réponses aux questions 14 à 20 et 24 à 35. Valeur moyenne totale : 1,97.

Sur le profil 29, les notions proches du modèle holistique recueillent le plus de réponses favorables : « la santé est un équilibre nécessitant une adaptation de l'Homme à son environnement » (valeur moyenne 1,61), « l'Homme est en priorité en recherche du bien-être » (1,65), « l'environnement doit être connu et respecté car sinon il peut être dangereux » (1,70). En revanche, ce qui caractérise de manière excessive le modèle biomédical, est souvent écarté : « la santé c'est ne pas être malade » (2,08), « un environnement naturel maîtrisé et adapté aux besoins humains » (2,18). Mais, ce qui paraît nourrir encore plus leur perplexité, est la notion de « hasard » associée à la recherche (2,78), la notion de « la maladie comme expérience de l'Homme » (2,33) ainsi que la notion de « contrat » entre l'humanité et la nature qui obtient une valeur moyenne de 2,16. Les étudiants repoussent-ils ce qui pourrait, de manière excessive, s'éloigner du modèle holistique, que cela soit les « rigidités » du modèle biomédical, que cela soit les « approximations » du modèle de l'existence ouvert sur le monde ?



Profil 30 des valeurs moyennes des réponses aux questions 18 à 20 et 36 à 44. Valeur moyenne totale : 1,85.

Les propositions ayant recueilli les valeurs moyennes les plus favorables sont toutes reliées au modèle holistique, c'est-à-dire : « l'infirmière doit favoriser une réponse adaptée aux besoins du patient » (1,18), « l'Homme est toujours en recherche du bien-être » (1,28), « le soin doit porter sur la personne » (1,57). En revanche, sont éloignées des réponses les plus favorables,

les notions de « hasard » reliées à la recherche (2,81), mais aussi, la notion de « formulation de lois générales » par la recherche (2,00), ainsi que « le soin présente toujours une dimension technique » (2,15). Là aussi, sont écartées les conceptions caractéristiques des modèles étrangers au modèle holistique.

4.2.4. Les corrélations statistiquement envisageables.

Différentes combinaisons de corrélations ont été tentées et les résultats ne sont pas toujours flagrants (effectif total ?). Mais, peuvent être mises en évidence des relations par le calcul d'un coefficient de corrélation traduisant une dépendance linéaire entre x et y , et dont la valeur absolue indique l'intensité de la relation. Comme nous l'avons déjà dit, même si parfois le coefficient est faible, cela ne traduit pas obligatoirement l'absence d'un lien, la corrélation pouvant, par exemple, ne pas être linéaire. Nous avons choisi de commenter les résultats proches ou supérieurs à $+ 0,5$ de coefficient, bien que sachant que leur analyse isolée, ne peut suffire à répondre à la totalité du questionnement de départ.

Des liens sont concevables entre des variables différentes, comme entre : « exister comme auteur de sa vie, être en projet » (question 25) avec la conception de la recherche « résulte du hasard... » (question 19) dont le coefficient de corrélation bien que restant faible ($+ 0,49$), s'inscrit dans un modèle plus proche du troisième modèle de santé, pour lequel l'existence du sujet laisse une place à une certaine incertitude, au renoncement d'une totale maîtrise, et à une conception moins rationaliste de la recherche et de la science (graphique 31, annexe VII).

En corrélant la conception de la santé « équilibre nécessitant une adaptation... » (question 24), avec la notion d'environnement naturel « connu et respecté sinon il peut être dangereux » (question 33), le coefficient est de $+ 0,69$, ceci paraît imager une conception anthropocentrée du rapport à la nature (moins importante que pour la question 35 : « environnement maîtrisé et adapté aux besoins... ») et une conception de la santé holistique, faisant référence à des notions d'équilibre et d'adaptation et traduisant une impression d'ensemble d'humaine précarité, tributaire d'un environnement changeant (graphique 32, annexe VII). Le coefficient de corrélation est identique : $+ 0,69$, lorsque l'on croise l'échelle des réponses de la question 41 : conception du soin qui « doit porter sur la personne », avec celles de la question 44 : conception qui fait de soigner l'« accompagnement dans un projet de vie ». Ce résultat permet-il de considérer qu'il existe un lien entre ces deux variables, pourtant extraites, lors de l'élaboration du questionnaire, de conceptions, de la santé et du soin, différentes ? Les étudiants ont-ils répondu comme par « réflexe » à l'idée que le soin « doit être centré sur la personne », bien que nous ayons changé cette formulation à la suite du pré-test, en lui substituant « doit porter sur la personne » (graphique 33, annexe VII) ? Avec un coefficient légèrement inférieur, $+ 0,64$, le lien entre une conception de la recherche « tenant compte de données objectives... » avec une conception de soigner : « c'est en priorité permettre au malade de réintégrer son rôle social », semble

quand même correspondre à une vision de la recherche et de la fonction du soin, proche d'idées de réparation, d'ordonnement, de mesure,... composites du modèle biomédical et du modèle holistique (graphique 34, annexe VII). La dépendance d'une conception de la santé «exister comme auteur de sa vie, ... » avec une conception de la recherche «résultant du hasard, d'intuitions,... » est faible. Sont-ce des conceptions, des valeurs, paraissant trop étranges pour les étudiants questionnés (graphique 31, annexe VII) ? A l'inverse, la tentative de corrélation entre la question 39, « le soin présente toujours une dimension technique », et la question 38, « l'infirmière doit, en priorité, être en interaction avec le corps social », propose une coefficient faible et négatif, - 0,41. Existe-t-il un clivage-opposition pour les étudiants entre le rôle et l'activité de l'infirmière : ce qui relève de la technique évoluerait dans un « secteur » différent de celui dans lequel l'infirmière pourrait jouer un rôle social (graphique 35, annexe VII) ? D'autres calculs de corrélations ont été tentés, les résultats obtenus ne sont pas probants, les coefficients restent faibles ou très faibles.

4. 3. Discussion.

Sur la base des résultats obtenus, et dans la limite du dispositif de recherche (1), il ne peut être question d'infirmier ou de confirmer formellement l'existence de liens entre le choix d'une méthode de recherche, des conceptions de la recherche, d'un modèle de santé, et d'un modèle de l'infirmière. Au cours de cette recherche, le doute même de la légitimité de cette question est naît. En effet, il n'y a pas de conflit de substance entre ces différents modèles, et ils peuvent, tour à tour, servir d'appui à la pensée et aux conduites des étudiants infirmiers. Mais, il semble cependant, que même de manière parcellaire des éléments intéressants soient révélés par l'analyse des réponses. On note tout d'abord, un important état de méconnaissance générale de la terminologie propre à la recherche, relayé par une méconnaissance aussi importante des concepts de santé. Plus précisément, ces difficultés concernent principalement l'IFSI «M ». Inversement, les étudiants identifiant le mieux les méthodes, les outils, répondent avec moins d'hésitation et plus précisément aux questions concernant les modèles de santé, les modèles de l'infirmière,... . L'initiation à la recherche, peut-elle être isolée d'un bain culturel professionnel plus large ?

Les étudiants en difficulté identifient prioritairement les méthodes expérimentale et clinique.

(1)Concernant le questionnaire, un des dangers est lié au langage du chercheur provenant d'une familiarité avec le vocabulaire, les concepts, utilisés lors de la rédaction de la problématique et qui a toutes les chances d'être différent du vocabulaire utilisé par le reste de la population. Même si le travail de pré-test a été fait avec rigueur, et que pour un seul établissement les étudiants semblaient en difficulté, il est fort probable que des biais aient été introduits.

Pour la première, s'agit-il de la seule méthode connue par les directeurs de TFE ? (d'autant que le conseil du directeur du TFE paraît plus prégnant pour les étudiants ayant bénéficié d'un enseignement moins complet des méthodes de recherche, quid de l'autonomie de l'étudiant ?) Pour la deuxième, est-ce l'effet d'une surdétermination médicale du terme qui incline à ce choix ? Faut-il, plutôt que de conceptions, parler de représentations de la recherche, guidant les choix des étudiants sous-informés, rassurés par les signifiants médico-scientifiques d'apparence plus rigoureux ? Pourtant, ce sont ces étudiants, en difficulté pour identifier la recherche, qui paraissent les plus convaincus que celle-ci puisse contribuer à l'apparition d'une science infirmière !

Aussi, avec les réserves liées aux limites de cette étude, ne peut-on pas considérer que « initiation à la recherche dans les IFSI » égale « évolution des soins infirmiers vers une science infirmière » reste une équation à plusieurs inconnues, sachant que, pour tous les étudiants, le Travail de Fin d'Etudes demeure principalement une « obligation pour l'obtention du Diplôme d'Etat » ?

Toutefois, malgré une approche souvent confuse, des conceptions de la recherche et de la santé, des relations entre les méthodes de recherche et certaines options des étudiants se font jour. Les « cliniciens » sont moins convaincus par le rationalisme scientifique et sont comparativement plus ouverts aux notions proches du troisième modèle de santé. En revanche, les adhérents à la méthode expérimentale, se retournent davantage vers les options évoquant la maîtrise, la mesure, le contrôle. Mais, il n'est pas toujours possible de dire s'il s'agit d'adhésion à un modèle ou, tout simplement, un refuge en l'absence de conceptions plus pertinentes et plus éclairées.

5. CONCLUSION

Il y a comme une injonction, lors de nombreux cursus de formation, à l'élaboration d'un mémoire professionnel comme outil de problématisation, favorisant un processus de construction d'une identité professionnelle.

L'enjeu, pour les infirmières, est de cette nature, et elles sont, bien après d'autres, confrontées à la nécessité de mettre en place maintenant, des dispositifs favorisant le développement de la capacité à penser par soi-même, à créer, à ordonner puis conduire des activités, en construire le sens, soit, passer de récepteur d'une connaissance, à producteur de connaissance. Ce que doivent accepter les infirmières, c'est de dépasser (mais non abandonner), ce qui est resté au cœur du système de formation jusqu'à présent, c'est-à-dire une forme de transmission, que certains nomment charismatique, où l'ancien forme le novice, dans l'idée d'une reproduction de gestes et de comportements, rapidement fonctionnels.

Or, si dans de nombreux IFSI, ces deux dernières années, les étudiants sont confrontés à des notions de problématique, d'objet de recherche, de méthode, d'hypothèse, l'exposé qui en est fait, présente souvent un déroulement linéaire et implacable de la pensée. Ceci a pour première conséquence d'anéantir toute curiosité, au détriment de conduites visant à adopter la recherche comme un ensemble de principes, de modèles socio-langagiers, proches de ceux de leurs guides. Et nous l'avons vu, le « conseil » du directeur de TFE reste un élément déterminant, quelle que soit la richesse du dispositif de formation dont bénéficient les étudiants.

Certains auteurs proposent qu'au contraire, soient surtout exposées les hésitations, les erreurs, *« j'ai d'abord cru que... . La confrontation avec les données recueillies m'a contraint de reformuler mes hypothèses initiales... »* (J. Fleury, R. Gautun, F. Mohaer, 1994). Nous le savons, l'initiation à la recherche peut difficilement évoluer hors d'un contexte, dans lequel les étudiants viennent puiser un ensemble de connaissances plus larges, touchant par exemple aux sciences humaines, à leur capacité d'élaboration par l'écrit, à leur intérêt pour la culture professionnelle, son histoire, son rôle social, sa dimension politique,

Un Travail de Fin d'Etudes peut avoir un aspect « scientifique », et faire appel à une méthode expérimentale rigoureuse, sans impliquer pour autant une vraie problématisation des questions posées, et, du coup, économisant (malheureusement) à son rédacteur, toute praxis. Si dans le mémoire de fin d'études l'étudiant s'extrait du problème traité, en s'amenant à réfléchir sur l'efficacité d'une technique, ou sur des aspects concernant des pratiques professionnelles, le

sujet problématise une question qui lui reste extérieure. Son travail sera d'aller chercher des concepts, parfois avec beaucoup de pugnacité, mais qui dans la plupart des cas viendront jouer un rôle de renforcement à la solution proposée au problème dès le départ. Il s'agit de ce que certains auteurs nomment une « mise en scène » : *« le problème qui se pose à l'étudiant est plutôt celui de la maîtrise des codes sociaux et des normes de jugement, caractérisant le monde dans lequel évoluent ses évaluateurs. L'exercice paraît doublement artificiel pour l'étudiant, sommé de problématiser sa pratique et confronté au problème de la rédaction d'un bon mémoire professionnel, c'est-à-dire de créer un semblant symbolique suffisamment expressif de sa compétence »* (A. Gonnin-Bolo, D. Lemaître, 2005). Dans ces cas là, l'hypothèse n'est pas une hypothèse de recherche mais une hypothèse de remédiation, ne permettant pas la problématisation, même si les conclusions amènent des propositions de transformation de la pratique, et le recours à la méthode de recherche « scientifique » ne sert pas nécessairement à démontrer ce qui était énoncé au départ. Les étudiants infirmiers considèrent prioritairement le TFE comme une obligation, et leurs efforts tendent à une conformité de leurs travaux avec les normes, qui sont tout autant des limites institutionnelles et formelles, rendant une réelle problématisation difficile. C'est toute la question dialectique praxéologie / praxistique de la formation en soins infirmiers, où, comme nous l'avons déjà dit, les formateurs sont en difficulté quand il s'agit de se détacher de ce qu'ils perçoivent être la commande institutionnelle: « un infirmier sur mesure », tout de suite « utilisable » dans les services. Cet état de tension dans lequel peuvent se retrouver les instituts de formation, est d'autant plus important que les conceptions, dans le sens donné à la recherche en soins infirmiers par les étudiants et les IFSI et les professionnels de terrain, souffrent d'un écart significatif (L. Wietrich, JC. Régnier, 2005). Les étudiants rencontrent peu de personnes ayant un statut de chercheur, ou d'infirmière chercheur, dans les services, et cela rend d'autant plus difficile la crédibilité de l'enseignement de celle-ci en IFSI. Au travers des résultats fournis par les étudiants, nous percevons une atmosphère de confusion autour de la recherche, de son utilité, de sa valeur en tant que processus d'émancipation, de construction identitaire, qui pourraient caractériser une absence d'adhésion de ceux-ci au projet-visée du CEFIEC et des représentants de la profession. En cas d'échec, comme par le passé, il est fort probable que les étudiants se replieraient dans leurs conceptions et dans leurs pratiques, vers des modèles « refuges » déjà très présents dans les réponses formulées. Le Travail de Fin d'Etudes, pouvant continuer à être, à ce moment là, une mise en scène, un peu à l'image de ce que certains reprochent déjà à la Mise en Situation Professionnelle, qu'ils surnomment « Mise en Scène Provisoire », ou encore, une forme caricaturée d'une démarche « scientifique », visant à reproduire une succession d'étapes, comme cela est fréquemment compris pour la démarche de soin infirmière.

Comment s'extraire de cette situation? En sortant de l'institution IFSI, par l'ouverture à l'université, par la création d'un statut différent pour les formateurs, prenant la forme peut être de celui d'enseignant chercheur ?

Sans espoir exagéré, cela paraît être une issue à la portée de l'infirmière, à la condition que celle-ci puisse aussi investir les lieux décisionnels importants, en s'organisant, en se structurant, afin de jouer un rôle collectif dans le champ social et politique, c'est-à-dire en menant de concert un travail sur les différents processus conduisant d'un métier à une profession. Mais cette évolution d'ensemble, peut d'autant être rendue possible par des changements qu'opèrent sur eux-mêmes les acteurs, ou, qu'ils sont prêts à accepter.

Travailler sur la recherche en étant soi-même apprenti chercheur, et tant d'accompagner d'autres apprentis chercheurs, voilà une jolie mise en abîme. C'est donc aussi à un travail de mise à distance réflexive entre la situation générale de la profession, celle des étudiants, et la mienne que je me suis livré. Ce en quoi il y a quelque chose de la problématisation là aussi, et il m'apparaît que, jusqu'à aujourd'hui, c'est cette dimension là, qui, bien que présente, manquait de développement, dans mes accompagnements des étudiants lors de leurs travaux de recherche.

C'est donc dans cette dimension intermédiaire, où se travaille le lien entre les processus de développement individuel, et où s'ancrent ceux à l'œuvre dans la construction de l'identité collective, qu'il me paraîtrait intéressant de poursuivre une réflexion afin de contribuer à une formation infirmière émancipatrice, et tournée vers un rôle social correspondant aux attentes sanitaires de la population.

INDEX DES AUTEURS

Abdelmalek, 5
Acker, 11
Ardoino, 16, 17
ARH, 6
Aristote, 28, 36
Bachelard, 8, 36
Berger, 9, 17
Blin, 14,
Bonnet, 24
Bourdieu, 20
Bourneville, 19
Canguilhem, 26
Carpenito, 23
CEFIEC, 3, 4, 10
Charles, 22
Clément, 36
Collectif infirmier, 12
Colliere, 8, 16
Comte, 28, 29
Cros, 8, 9
Cuvellier, 28
De Rosnay, 33
De Vecchi, 10
Dekussche, 12
Dictionnaire des Soins Infirmiers, 4, 32
DREES, 11
Dubet, 6, 13, 14, 15, 17
Ducharme, 6, 7, 26
Durkheim, 14, 16
Edet, 8
Eymard, 27, 28, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 41
Fabrégas, 12
Ferry, 8, 9
Feyerabend, 36
Fleury, 54
FNESI, 3
Formarier, 6
Foucault, 15, 17, 19
Gadamer, 38
Genthon, 9, 27
Gentis, 24
Gérard, 5, 24, 25
Goffman, 18
Gonnin-Bolo, 55
Guimelli, 6
Halpern, 38
Henderson, 5, 23, 33
Illich, 18, 37
Jaeger, 24
Kérouac, 27, 28, 32, 33, 34
Kuhn, 26, 35
Lalanne, 12

Laplantine, 33
Lemire, 37
Letourneau, 6
Locatelli, 10
Magnon, 3, 4, 5, 7, 18, 19, 20, 22
Maisonneuve, 11
Malterre-Barthe, 20
Marchal, 23
Mauss, 19
OMS, 11, 22, 38
Onfray, 37
Paraggio, 3
Perraut-Soliveres, 18
Peyron-Bonjan, 9, 38
Plantefève, 25
Prevost, 18, 19
Renaut, 10
Sainsaulieu, 8
Salmon, 22
Salvage, 11
Soins Cadres, 6, 25
Tridon, 19
Vial, 7, 9, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 39
Vilbrod, 13
Wietrich, 55

BIBLIOGRAPHIE

ABDELMALEK, A., GERARD, J.L. *Sciences humaines et soins*. Paris, InterEditions, 1995. 420p.

ACKER, F. Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *La lettre de la MIRE*. CERMES, DREES, 2004, n°3. <http://www.santé.gouv.fr:htm/publication>

ARDOINO, J. L'approche multi référentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. *Pratiques de formation*, 1993.

ARH Ile de France, IFOP. La formation initiale évaluée par les étudiants. *Soins Cadres*, 2003, n°45, p.12-13.

ARISTOTE, *Les politiques*. Paris, éd France Loisirs, 2000. 624p. (Philosophie grecque).

BACHELARD, G. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 1989. 257p.

BERGER, P., LUCKMANN, T. *La construction sociale de la réalité*. Paris, Armand Colin, 1996. 296p.

BLIN, J.F. *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris, l'Harmattan, 1997. 224p.

BONNET, J. Congrès ANFIIDE 15/10/1998. *Soins*, 2004, n°684, cahier n°1, p.45.

BONNIOL, J.J., VIAL, M. *Les modèles de l'évaluation*. Bruxelles, De Boeck Université, 1997. 368p. (Portefeuille).

BOURDIEU, P., PASSERON, J.C. *La reproduction, éléments d'une théorie du système d'enseignement*. Paris, Editions de Minuit, 1970. 284p.

BOURDIEU, P. La domination masculine. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1990, n°84, p.1-31.

BOURNEVILLE, O. *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière*. 3^{ème} éd, Tome 3. Paris, Bureau du progrès médical, 1903.

CANGUILHEM, G. La santé : concept vulgaire et question philosophique. *Sciences Humaines*, 2005, hors série n°48, p.8.

CARPENITO, L.J. *Diagnostic infirmier, application clinique*. 5^{ème} éd. Paris, InterEditions, 1995.

CEFIEC (Comité d'Entente des Formations Infirmiers Et Cadres). Enjeux et perspectives du Diplôme d'Etat infirmier (épreuve écrite du Diplôme d'Etat infirmier). Paris, mai 2003, 58^{ème} journées nationales.

- CLEMENT, E., DEMONQUE, C. *La pratique de la philosophie*. Paris, Hatier, 2000. 480p.
- Collectif infirmier : Appel aux Etats Généraux de la profession infirmière. *Soins*, 2004, n°684, p.4. E-mail : collectifinfirmier@hotmail.com
- COLLIERE, M.F. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris, InterEditions, 1982. (Médecine).
- COMTE, A. *La philosophie positive* in PASCAL, G. *Les grands textes de la philosophie*. 3^{ème} éd. Paris, Bordas, 1986. 413p.
- CROS, F. *Le mémoire professionnel en formation des enseignants. Un processus de construction identitaire*. Paris, L'Harmattan, 1998.
- CUVELLIER, A. *Cours de philosophie*. Paris, Armand Colin, 1954. 650p.
- DE ROSNAY, J. *Le microscope*. Paris, Le Seuil, 1975.
- DE VECCHI, G. Une représentation de la science...qui empêche de faire des sciences. *Recherche en Soins Infirmiers*, Lyon 1997, Spécial méthodologie n°50. p.14-20.
- DEKUSSCHE, C. Formation initiale évaluée par les étudiants. *Soins Cadres*, Masson 2003, n°45. p.12-13.
- DEKUSSCHE, C. Délégation d'actes, la moitié des expérimentations a commencé. *Soins*, 2004, n°684. p.9.
- Dictionnaire des Soins Infirmiers. Groupe infirmier de recherche sous la direction de MAGNON, R., DECHENOZ, G. *AMIEC*, 2^{ème} éd. Lyon, 2000. 379p.
- DREES, *Les conditions de travail perçues par les professionnels*. Etudes et résultats, 2004, n° 335. Disponible sur : www.santé.gouv.fr (consulté le 10/04/2005).
- DUBET, F. *Le déclin de l'institution*. Paris, Seuil, 2002. 421p. (L'école des faits)
- DUCHARME, F. *Recherche en Soins Infirmiers*, 2000, n°63. p.21.
- DURKHEIM, E. *L'évolution pédagogique en France*. 2^{ème} éd. Paris, Puf, 1990. 419p. (Quadriga n°109).
- DURKHEIM, E. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris, Puf, 1975.
- EDET, S. Du mémoire professionnel à la pratique du « je » professionnel. *En question*, cahier n°46, Université de Provence, Département Sciences de l'Education, 2003. p.11.
- EYMARD, C. *Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 2003. 244p.
- EYMARD, C. Education à la santé ou pour la santé. *Questions vives*, Université de Provence, Département Sciences de l'Education, 2004, n°5 vol 2.
- EYMARD, C., THUILIER, O., VIAL, M. *Le Travail de Fin d'Etudes (S'initier à la recherche en soins et santé)*. Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 2004. 151p.

- FABREGAS, B. La profession infirmière en état d'alerte. *Soins*, 2003, n°677, p7.
- FERRY, G. *Le mémoire professionnel en formation des enseignants*. Cité par CROS, F. Paris, L'Harmattan, 1998. p.252.
- FERRY, G. *Le trajet de formation*. Paris, L'Harmattan, 2003. 132p. (Savoir et formation).
- FEYERABEND, P. *Contre la méthode. Esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance*. Paris, Le Seuil, 1988. 352p.
- FLEURY, J., GAUTUN, R., MOHAER, F. et al. Les représentations de la recherche dans une formation par la recherche. *Recherche et Formation*. INRP, 1994. n°17. p.35-45.
- FNESI (Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers). *Guide de l'Etudiant en Soins Infirmiers*. Paris, ESTEM, 2004/2005.
- FORMARIER, M. Introduction. *Recherche en soins infirmiers*, ARSI, 1997, n°50. p.5-6.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*. Paris, Puf, 1963. 232p.
- FOUCAULT, M. *Surveiller et punir, naissance de la prison*. Paris, Gallimard, 1993. 364p.
- GADAMER, H.G. *Philosophie de la santé*. Paris, Grasset, 1998.
- GENTHON, M. Apprentissage-Evaluation-Recherche. *En Questions*, Université de Provence, Département Sciences de l'Education, 1997, 221p.
- GENTIS, R. *Les murs de l'asile*. Paris, Maspero, 1970.
- GERARD, J.L. *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération*. Paris, Editions Lamarre, 1993. 240p.
- GOFFMAN, E. *Asiles*. Paris, Editions de Minuit, 1968. 452p.
- GONNIN-BOLO, A., LEMAITRE, D. Le mémoire professionnel comme mise en scène d'une problématisation. *Recherche et Formation*. INRP, 2005, n°48. p.31-45.
- GUIMELLI, C. *La fonction infirmière, pratiques et représentations sociales*. In *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, 1994.
- HALPERN, C. La santé : à la poursuite d'une utopie. *Sciences Humaines*, 2005, hors série n°48. p.6.
- HENDERSON, V. *La nature des soins infirmiers*. Paris, InterEditions, 1994. 240p.
- ILLICH, I. *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*. Paris, Point, 1981. 218p.
- JAEGER, M. *Garder, surveiller, soigner*. Paris, VST, 1990.

- KAHN, M.F. *Médecine et irrationnel. Science et pseudo-sciences*, 2003. Disponible sur : www.pseudo-sciences.org (consulté le 14.03.2005).
- KEROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F. et al. *La pensée infirmière*. Québec, Maloine, 1994.
- KUHN, T. *La structure des révolutions scientifiques*. Paris, Flammarion, 1999. 2888p.
- LALANNE, P., SKRODZKI, M.D. Déléguer les soins infirmiers...oui, mais à certaines conditions. *Objectif Soins*, 1992, n°6, p.42-46.
- LAPLANTINE, F. *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot, 1992. 420p.
- LE COMTE, J. *Karl POPPER Science et Raison Critique*. Philosophie de notre temps, Edition Sciences Humaines, 2000. 259p.
- LEMIRE, L. Jonas dans le ventre du XXème siècle. *Nouvel Observateur*, 2005, n°2103. p.95.
- LETOURNEAU, D. Formation à la recherche pour les infirmiers. *Soins encadrement*, 1998, n°28, p.17.
- LOCATELLI, F., PONTHER, N. TFE et évaluation : quelles interrogations ? *Les Brèves du CEFIEC*, 2004, n°54.
- MAGNON, R. Propos sur la bibliographie des manuels, livres ou traités destinés à l'enseignement des soins donnés aux malades, 1775-1960. *Cahier AMIEC*, Lyon 1988, n°10. p.257.
- MAGNON, R. Recherche et développement. Un défi et un atout pour les soins infirmiers. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 1998, n°28. p.3-7.
- MAGNON, R. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*. Paris, Masson, 2001. 140p.
- MAISONNEUVE, C. Les infirmières mal à l'aise dans leur blouse. *Soins*, 2004, n°688. p.9.
- MALTERRE-BARTHE, A. Nos anges gardiens, 1914-1918. *Cahier AMIEC*, 1987, n°9, p.127, cite : *Gardes-malades hospitalières*, 1908, n°16-17, p.17,
- MARCHAL, A., PSIUK, T. *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris, Seli Arslan, 2002. 198p.
- MAUSS, M. *Sociologie et anthropologie*. Paris, Puf, 2001. (Quadrige). 544p.
- OMS. *Les soins de santé primaire*. Rapport de la Conférence Internationale sur les soins de santé primaire, Genève, 1978.
- ONFRAY, M. *Féeries anatomiques*. Paris, Grasset, 2003. 382p.
- PARAGGIO, M.J., PIETRO-BEDERT, P. Le Travail de Fin d'Etudes au centre des préoccupations pédagogiques. *Soins Cadres*, 2003, n°45, p.48.

- PERRAUT- SOLIVERES, A. Pourquoi les blouses blanches ne noircissent pas les pages. *Infirmière Magazine*, 2005, n°201, p.33-35.
- PEYRON-BONJAN, C. Pour une éthique de la formation professionnelle. *Soins Cadres*, 2005, n°53. p.55-57.
- PLANTEFEVE, E. Un ordre infirmier, pourquoi et comment ?. *Revue de l'infirmière*, 2004, n°106, p.8.
- PREVOST, A.M. Pour une histoire des soins et des professions soignantes. *Cahier AMIEC*, 1988, n°10. p.65.
- RENAUT, M.J. De la réalisation du concept d'autonomie dans la formation des étudiants en soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, Lyon 1999, n°59. p.68-81.
- SAINSAULIEU, R. La construction des identités au travail. *Sciences Humaines*, Auxerre, 1999, p.293.
- SALMON, M. Faculté de médecine de Marseille cité par CHARLES G. *Quel avenir pour l'infirmière française ?* Paris, Le Centurion, 1981. 179p.
- SALVAGE, J. HEIJNEN, S. Nursing in Europe, A resource for better health. *Who Regional Publications European Series*, OMS 1997, n°74.
- TRIDON, P. cité par PREVOST, A.M. Qualités et devoirs des infirmières dans les hôpitaux militaires en temps de guerre. *Cahier AMIEC*, 1988, n°10, p.62-73.
- VIAL, M. Des critères pour la pratique d'une méthode clinique dans la recherche en Sciences de l'Education. *En question*, cahiers n°29 à 33, Université de Provence, Département Sciences de l' Education, 2000. p.125-149.
- VIAL, M. La pensée par projets dans les formations professionnelles. *En question*, cahiers n°29 à 33, Université de Provence, Département Sciences de l'Education, 2000, 277p.
- VIAL, M. La clinique dans le champ des Sciences de l'Education. *En question*, cahier n°31, Université de Provence, Département Sciences de l'Education, 2000. p.99.
- VIAL, M. *Se former pour évaluer*. Bruxelles, De Boeck Université, 2001. 288p. (Pédagogies en développement).
- VIAL, M. Une méthode de recherche pour l'Ethnos. *En question*, cahiers n°34 à 38, Université de Provence, Département Sciences de l'Education, 2001. p.121-159.
- VILBROD, A. Les infirmières sous la loupe des sociologues. *Avenir et santé*, 2000, n°290.
- WIETRICH, L., REGNIER, J.C. L'initiation à la recherche en soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, ARSI, 2005, n°80. p.87-103.

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I	
Tableau de l'arbre du questionnaire	p. 1
ANNEXE II	
Tableau de la structure du questionnaire	p. 2
ANNEXE III	
Premier questionnaire	p. 3
ANNEXE IV	
Questionnaire définitif	p. 6
ANNEXE V	
Courrier adressé aux directions des établissements	p.12
ANNEXE VI	
Tableau 1	p.13
Tableau 2	p.14
Tableau 3	p.15
Tableau 5	p.16
Tableau 6	p.17
Tableau 7	p.18
Tableau 8	p.19
Tableau 9	p.20
Tableau 10	p.21
Tableau 11	p.22
Tableau 12	p.23
Tableau 13	p.24
Tableau 14	p.25
Tableau 15	p.26
Tableau 16	p.27
Tableau 17	p.28
Tableau 18	p.29
ANNEXE VII	
Tableau 19	p.30
Tableau 20	p.31
Tableau 21	p.32
Tableau 22	p.33
Tableau 23	p.34
Graphique de dispersion 25	p.35
Graphique de dispersion 26	p.36
Graphique de dispersion 27	p.37
Graphique 31	p.38
Graphique 32	p.39
Graphique 33	p.40
Graphique 34	p.41
Graphique 35	p.42

Modèles de santé	Caractéristiques	Variabes	Indicateurs / Items
Organiciste et négative	<p>Opposition santé/maladie Positivism (technique-science) Rationalisme Corps/machine (mécanisme) Environnement classé (naturalisme) Anthropocentrisme La personne (agent) : un tout formé de la somme des parties et séparation de l' « âme » et du « corps » Les soins infirmiers : orientés vers la maîtrise de la maladie (mettre de l'ordre) Concept de guérison La vie : l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort La mort : conséquence de la maladie</p>	<p>La recherche La santé La maladie L'Homme L'environnement L'infirmière Le soin</p>	<p>Formule des lois générales suite à l'observation et l'expérimentation Ne pas être malade Dysfonctionnement d'un organe ou d'une fonction organique Un tout formé de la somme de fonctions organiques et de besoins Maîtrisé et adapté aux besoins humains Suppléer les incapacités dont souffre le malade Présente toujours une dimension technique Permettre au malade de réintégrer son rôle social</p>
Globale et positive, adaptation individuelle ou ajustement social	<p>Santé et maladie : entités distinctes Observation objective + perception subjective (illness / disease) Holisme Equilibre Adaptation à l'environnement (éventuellement agressif) Soins centrés sur la personne Responsable (acteur) : un tout indécomposable Course au bien-être/ Besoins à satisfaire Infirmière dans le modèle évaluation/gestion : protocoles, procédures, ... Mort : « fin de vie » (soins palliatifs)</p>	<p>La recherche La santé La maladie L'Homme L'environnement L'infirmière Le soin</p>	<p>Tient compte de données objectives et mesurables ainsi que de perceptions subjectives Un équilibre nécessitant une adaptation de l'homme à son environnement Résulte de besoins essentiels insatisfaits Toujours en recherche du bien-être Connu et respecté car sinon il peut être dangereux Favoriser une réponse adaptée aux besoins du patient Doit porter sur la personne Favoriser l'accès au bien-être</p>
Existence, autonomie d'un sujet ouvert sur le monde	<p>La santé : qualité de la vie Crise éthique de la science/limites du rationalisme Existentialisme Dialogique Ecologie/responsabilité transgénérationnelle L'Homme est libre, auteur de sa vie, en projet La maladie comme expérience La mort inhérente à l'existence La notion de communauté de santé L'infirmière : acteur social (éducateur à la santé)</p>	<p>La recherche La santé La maladie L'Homme L'environnement L'infirmière Le soin</p>	<p>Résulte du hasard, d'intuitions, et est tributaire de la pensée dominante d'une époque Exister comme auteur de sa vie, être en projet Fait partie de l'expérience de l'homme Libre et responsable L'objet d'un contrat avec l'Humanité qui en fait partie Être en interaction avec le corps social Doit être d'abord préventif Accompagner dans un projet de vie</p>

Voir commentaire annexe suivante →

Tableau de la structure du questionnaire.

Variables	Indicateurs/Items
Méthodes enseignées	Expérimentale, différentielle, clinique, Ethnos, autre
Méthode utilisée	Expérimentale, différentielle, clinique, Ethnos, autre
Raison du choix de la méthode	La mieux comprise, la plus adaptée à l'objet de recherche, la plus rigoureuse, la plus facile à mettre en œuvre, celle conseillée par le directeur de mémoire
Influence sur l'intérêt pour la recherche	Aucune influence, réduit l'intérêt pour la recherche, augmente l'intérêt pour la recherche
Outil utilisé	Observation, entretien, questionnaire, analyse documentaire
Raison du choix de l'outil	Le mieux compris, le plus adapté à l'objet de recherche, le plus rigoureux, le plus facile à mettre en œuvre, celui conseillé par le directeur de mémoire
Initiation à la recherche (utilité)	Participer à l'évolution des soins infirmiers, développer vos compétences, s'inscrire dans un processus identitaire, obligatoire pour le Diplôme d'Etat

Commentaires.

Le tableau n°1 est construit sur la base du développement conceptuel des différents modèles de santé, certains indicateurs ont été reformulés de manière à éviter une trop forte induction dans les réponses (ex : plutôt que « *centré sur la personne* » question n°41, qui entraîne une réponse quasi réflexe chez les étudiants, (test n°1) nous avons proposé : « *doit porter sur la personne* »). Les indicateurs proposés pour chacune des variables l'ont été dans un agencement différent afin de réduire les effets d'ordre.

Le tableau n°2 : l'utilisation de ces variables et de leurs indicateurs permet de repérer les choix de méthodes et outils de recherche des étudiants, ainsi que les motivations de ces choix. La variable « outil de recherche » a été ajoutée au questionnaire, à la suite du premier test, qui laissait apparaître des confusions entre outil et méthode. La variable « initiation à la recherche dans le cadre de votre TFE » (indicateurs 14 à 17) peut nous informer sur l'influence de l'initiation dans le cadre du TFE à la conception que s'en font les étudiants dans le cadre d'un processus de pré-professionnalisation

UNIVERSITE DE PROVENCE AIX – MARSEILLE I

UFR PSYCHOLOGIE, SCIENCES DE L'EDUCATION
Département des Sciences de l'Education

Master Formation et Encadrement dans le Secteur Sanitaire et le Travail Social
2^{ème} année
Année universitaire 2004 – 2005

Soutenu par Gilles BREST
Sous la direction de Chantal EYMARD
Maître de conférences

RESUME

Un arrêté du 6 septembre 2001 attribue à un Travail de Fin d'Etudes, initiation à la recherche, la moitié des points validant l'obtention du Diplôme d'Etat infirmier. Cette (r)évolution traduit la volonté, de s'approprier des méthodologies afin de découvrir des connaissances nouvelles et d'ériger la discipline des soins infirmiers en science infirmière. Il s'agit de favoriser un processus de professionnalisation, et de s'affranchir du modèle biomédical. Si beaucoup d'espoirs ont été placés dans cette mesure, ce n'est cependant pas la première fois, et malgré des modifications du contenu de la formation des futures infirmières par le passé, les effets émancipatoires sont toujours attendus. L'histoire de la profession, est constituée d'étapes qui s'ancrent dans des modèles de la santé et de l'infirmière, en liens épistémologiques avec des idées plus générales de l'Homme, de la Science,... et de la Recherche. L'objet de ce mémoire consiste à observer s'il existe des liens pertinents entre des conceptions de la Recherche et des méthodes de recherche, pour lesquelles opéreraient de manière préférentielle les étudiants, et des conceptions plus ou moins favorables à une autonomie dans leur future expression professionnelle.

SUMMARY

A decree of September 6, 2001, allots to a work of end of studies, initiation to research, half of the points validating obtaining the diploma of state nurse. This (r)evolution translates the will to adapt methodologies in order to discover new knowledge and to set up the discipline of the nurses care in nurse science. It is a question of supporting a process of professionalisation and of being freed from the biomedical model. So much of hopes were placed in this measurement, it is however not the first time, in spite of modifications of the contents of the training of the future nurses in the past, the emancipating effects are always expected. The history of the profession consists of stages which are roots in models of health and the nurse, in epistemological connections with general ideas of the Man, Science and Research. The object of this work consists in observing if there are relevant bonds between concepts of research and methods of research which a preferential way the students would choose, and some concepts more or less favourable to an autonomy in their future professional expression.

MOTS CLES : Recherche, Conception, Santé, Epistémologie, Profession, Formation.

