

## L'ENSEIGNEMENT DES SCIENCES INFIRMIÈRES EN FRANCE : CONTENUS ET STRATÉGIES

Ljiljana Jovic, Didier Lecordier, Michel Poisson, Marie-André Vigil-Ripoche, Bruno Delon, Anne-Marie Mottaz, Dorsafe Bourkia, Thierry Joutard, Margot Tenza

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2014/4 N° 119 | pages 8 à 40

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-4-page-8.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Ljiljana Jovic *et al.*, « L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies », *Recherche en soins infirmiers* 2014/4 (N° 119), p. 8-40.  
DOI 10.3917/rsi.119.0008  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# L'ENSEIGNEMENT DES SCIENCES INFIRMIÈRES SÉMINAIRE, 3 ET 4 OCTOBRE 2014, NANTES

## L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

### Teaching Nursing science in France : programs and strategies

#### Dirigé par :

##### **Ljiljana JOVIC**

Infirmière Ph.D., Directrice des soins - conseillère technique régionale, ARS Ile-de-France, ECEVE, UMR I 123 - Inserm - Université Paris Diderot. Sorbonne Paris Cité.

et

##### **Didier LECORDIER**

Infirmier Ph.Dc, Cadre de santé, ingénieur d'études sociologue, laboratoire Droit et changement social, UMR 6297, MSH Ange-Guépin, Nantes.

#### Auteurs

##### **Introduction et méthodologie**

*Introduction and methodology*

##### **Ljiljana JOVIC**

Infirmière Ph.D., Directrice des soins - conseillère technique régionale, ARS Ile-de-France, ECEVE, UMR I 123 - Inserm - Université Paris Diderot. Sorbonne Paris Cité.

##### **Didier LECORDIER**

Infirmier Ph.Dc., Cadre de santé, ingénieur d'études sociologue, laboratoire Droit et changement social, UMR 6297, MSH Ange-Guépin, Nantes.

##### **Epistémologie et paradigmes des soins infirmiers**

*Epistemology and paradigms of nursing*

##### **Michel POISSON**

Infirmier Ph.Dc., Université du Havre, ED558 Histoire, Mémoire, Patrimoine, Langage, UMR 6266, laboratoire IDEES-CNRS, Cadre supérieur de santé formateur, IFCS Nantes.

##### **Marie-André VIGIL-RIPOCHE**

Infirmière MSc, Cadre supérieur de santé formateur, Gentilly.

##### **Ljiljana JOVIC**

Infirmière Ph.D., Directrice des soins - conseillère technique régionale, ARS Ile-de-France, ECEVE, UMR I 123 - Inserm - Université Paris Diderot. Sorbonne Paris Cité

##### **Apprentissage de la clinique**

*Clinical learning in Nursing*

##### **Bruno DELON**

Infirmier MSc., Cadre de santé formateur, Nîmes.

##### **Anne-Marie MOTTAZ**

Infirmière Ph.Dc., Cadre de santé formateur, Nîmes.

##### **Culture scientifique et recherche**

*Scientific culture and Research*

##### **Dorsafe BOURKIA**

Infirmière, Cadre de santé formateur, Saint-Maurice.

##### **Didier LECORDIER**

Infirmier Ph.Dc, Cadre de santé, ingénieur d'études sociologue, laboratoire Droit et changement social, UMR 6297, MSH Ange-Guépin, Nantes.

##### **Enseignement des sciences infirmières**

*Teaching Nursing science*

##### **Thierry JOUTARD**

Infirmier Ph.D., Directeur Ifsi, Nantes.

## Margot TENZA

Infirmière MSc., Cadre de santé formateur, Nîmes.

## Synthèse des ateliers : contenus fondamentaux et stratégies

Summary of work : basic contents and strategies

## Ljiljana JOVIC

Infirmière Ph.D., Directrice des soins - conseillère technique régionale, ARS Ile-de-France, ECEVE, UMR 1123 - Inserm - Université Paris Diderot. Sorbonne Paris Cité.

## Didier LECORDIER

Infirmier Ph.Dc., Cadre de santé, ingénieur d'études sociologue, laboratoire Droit et changement social, UMR 6297, MSH Ange-Guépin, Nantes.

### Remerciements

Nous adressons des remerciements à la Maison des sciences de l'Homme Ange-Guépin (Nantes) d'avoir ouvert ses portes aux participants au séminaire et permis la réalisation des travaux dans ce lieu dédié à la recherche. Nous remercions également chacun des participants d'avoir relevé le défi des objectifs du séminaire, pour son engagement et son implication dans la discussion et la qualité des débats.

## RÉSUMÉ

La formation en soins infirmiers dans des contextes académiques renforce la nécessité pour les étudiants de s'approprier et de maîtriser la discipline « sciences infirmières ». Dans certains pays, l'enseignement des sciences infirmières est solidement établi et trouve place au même titre que l'enseignement d'autres disciplines scientifiques avec son épistémologie, ses auteurs, ses méthodes, etc. Dans d'autres pays, il est émergent et les manières de faire ne sont pas stabilisées.

Le séminaire consacré à « L'enseignement des sciences infirmières » permet d'identifier les éléments fondamentaux épistémologiques, cliniques et scientifiques, de la discipline afin de soutenir son développement en France. Il a pour but d'identifier les contenus fondamentaux relatifs aux sciences infirmières devant être acquis en formation initiale et maîtrisés par l'ensemble des infirmières.

Les réponses aux questions posées, relatives à l'épistémologie et aux paradigmes en soins infirmiers, à l'apprentissage de la clinique, à la culture scientifique et à la recherche, à l'enseignement des sciences infirmières, sont fondées sur l'examen des modèles d'autres pays, des partages d'expériences, des discussions dans une vision prospective. Les préconisations tiennent compte des évolutions nécessaires et conformes aux ambitions de santé publique et de service rendu à la société. Elles sont complétées des stratégies permettant leur appropriation par les infirmières elles-mêmes et par les autres professions et les autres champs.

**Mots clés :** sciences infirmières, épistémologie, enseignement, clinique, discipline.

## ABSTRACT

The nursing education in academic contexts reinforces the need for students to take ownership and control discipline « nursing ». In some countries the nursing education is well established and fits as well as teaching other scientific disciplines with its epistemology, its authors, methods etc. In other countries it is emerging and ways of doing are not stabilized.

The seminar on « The sciences of nursing education » identifies the epistemological fundamentals, clinical and scientific of the discipline to support its development in France. It aims to identify the basic content related to nursing to be acquired in initial training and mastered by all nurses.

The answers to questions relating to epistemology and paradigms in nursing, learning clinical, scientific culture and research, nursing education are based on the review of models from other countries, sharing of experiences, discussions in a prospective vision. The recommendations take into account the changes required and consistent with public health goals and service to society. They are supplemented strategies for their appropriation by nurses themselves and other professions and other fields.

**Key words :** science in Nursing, epistemology, education, clinic, disciplinary.

### Pour citer l'article :

JOVIC L, LECORDIER D. L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies. Recherche en soins infirmiers, décembre 2014 ; 119 : 08-40.

### Adresses de correspondance :

Ljiljana JOVIC : [ljiljana.jovic@ars.sante.fr](mailto:ljiljana.jovic@ars.sante.fr) - Didier LECORDIER : [didier.lecordier@univ-nantes.fr](mailto:didier.lecordier@univ-nantes.fr) - Michel POISSON : [michel.poisson12@orange.fr](mailto:michel.poisson12@orange.fr) - Marie-André VIGIL-RIPOCHE : [marieandrevr@sfr.fr](mailto:marieandrevr@sfr.fr) - Bruno DELON : [bruno.delon@chu-nimes.fr](mailto:bruno.delon@chu-nimes.fr) - Anne-Marie MOTTAZ : [am.mottaz@orange.fr](mailto:am.mottaz@orange.fr) - Dorsafe BOURKIA : [dorsafebourkia@live.fr](mailto:dorsafebourkia@live.fr) - Thierry JOUTARD : [thierry.joutard@orange.fr](mailto:thierry.joutard@orange.fr) - Margot TENZA : [margot.tenza@orange.fr](mailto:margot.tenza@orange.fr)

## INTRODUCTION

La formation en soins infirmiers dans des contextes académiques renforce la nécessité pour les étudiants de s'approprier et de maîtriser la discipline « sciences infirmières ». Dans certains pays, l'enseignement des sciences infirmières est solidement établi et trouve place au même titre que l'enseignement d'autres disciplines scientifiques avec son épistémologie, ses auteurs, ses méthodes, etc. Dans d'autres pays, il est émergent et les manières de faire ne sont pas stabilisées. L'identification et l'appropriation par chaque infirmière d'un socle commun de connaissances constitue le fondement de la construction disciplinaire. Son développement et sa mise en œuvre se réalisent dans les différents milieux d'exercice : clinique, enseignement, gestion-management et recherche.

Le thème est motivé par le constat partagé selon lequel les sciences infirmières sont inscrites explicitement dans le référentiel de formation des infirmiers de 2009, mais cinq ans après la mise en œuvre du référentiel, cette notion reste floue avec des définitions, des développements de contenus très variables dans les différents Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et dans les lieux de pratique des soins.

La confusion persiste entre « infirmière » et « soins infirmiers ». Certains considérant que la seule présence de l'infirmière est garante d'une démarche soignante interdisciplinaire. Autrement dit, la confusion persiste entre « l'infirmière en tant que personne », « les actions de l'infirmière » et « les soins infirmiers ». Toutes les actions infirmières ne relèvent pas des soins infirmiers, tous les soins ne sont pas infirmiers, la coordination des soins réalisée par l'infirmière porte sur une organisation pluriprofessionnelle. Seule une mobilisation des connaissances infirmières dans l'analyse de situations de soins peut nourrir un débat interdisciplinaire aboutissant à des soins spécifiquement réalisés par chaque professionnel.

Il devient alors indispensable d'établir un socle « disciplinaire » minimum maîtrisé par toutes les infirmières.

Quelques exemples permettent d'illustrer les constats. Ils seront repris et discutés dans les ateliers :

- tout le monde a entendu parler de Florence Nightingale, mais qui connaît véritablement le contexte historique de ses actions, l'ensemble de ses travaux et leur application possible dans le contexte français ? Sans ces connaissances, quelle maîtrise de l'épistémologie des sciences infirmières en général et dans le contexte français en particulier ?
- la clinique est un mot étrange lorsqu'il est évoqué pour les activités de soins infirmiers. Lorsque l'on pose la question : pouvez-vous réaliser un examen clinique ou comment réalisez-vous un examen clinique ? Les gens sont étonnés, donnant l'impression qu'ils se demandent où est le piège.

Comment s'interroger et faire évoluer les soins infirmiers sans maîtrise de la clinique ?

- la recherche est souvent perçue comme un regard distancié, un ensemble de méthodes réservées à des initiés qu'il suffit d'appliquer de façon désincarnée. Sans référence disciplinaire, comment développer une culture scientifique chez toutes les infirmières ? L'enseignement dans les IFSI est réalisé par des personnes très diverses : cadres de santé formateurs, sociologues, anthropologues, médecins, etc. Comment identifier et enseigner les sciences infirmières si les intervenants, eux-mêmes ne se sont pas appropriés le sujet ?

Le séminaire consacré à « L'enseignement des sciences infirmières » permet d'identifier les éléments fondamentaux épistémologiques, cliniques et scientifiques, de la discipline afin de soutenir son développement en France.

Le but du séminaire est d'identifier les contenus fondamentaux relatifs aux sciences infirmières devant être acquis en formation initiale et maîtrisés par l'ensemble des infirmières.

Les objectifs posés sont :

- identifier à travers quelques exemples la manière dont sont enseignées les sciences infirmières (connaissances enseignées et méthodes d'enseignement) dans différents pays, dont la France ;
- identifier les contenus relatifs aux sciences infirmières devant être enseignés en formation initiale ;
- identifier les modalités pédagogiques et les méthodes les plus pertinentes à mettre en œuvre dans les instituts de formation et les milieux cliniques pour l'enseignement des sciences infirmières.

Les réponses aux questions posées sont fondées sur l'examen des modèles d'autres pays, des partages d'expériences, des discussions dans une vision prospective. En tentant de s'affranchir en tant que de besoin des modèles existants, il s'agit ici de proposer des évolutions nécessaires et conformes aux ambitions de santé publique et de service rendu à la société. Une première partie explicite la méthodologie et l'organisation des travaux. La deuxième partie est consacrée aux éléments de discussion et aux préconisations issues des ateliers. Enfin, la dernière partie synthétise les contenus fondamentaux relatifs aux sciences infirmières devant être acquis en formation initiale et maîtrisés par l'ensemble des infirmières. Ils sont complétés des stratégies permettant leur appropriation par les infirmières elles-mêmes et par les autres professions et les autres champs.

### Méthodologie de travail

L'esprit scientifique et la recherche supposent de s'interroger, se poser des questions, douter, remettre en perspective,

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

reconsidérer les résultats antérieurs à l'aune de nouvelles connaissances, multiplier les angles d'approche. Sur un même thème, il y a toujours plusieurs manières de poser les questions et/ou d'envisager les problèmes. La vraie posture scientifique, comme le diront les chercheurs, invite à être humble et devrait nous prémunir des certitudes, des discours creux, des partis pris.

Les organisateurs du séminaire se sont attachés à s'approcher de cette posture et proposer une démarche se voulant pragmatique. L'ambition, première, est de faire peu de propositions, mais qu'elles constituent un socle repris tant par les milieux de l'enseignement que ceux de la mise en œuvre des soins.

## Organisation

Le séminaire comprend trois phases complémentaires : la préparation, le déroulement et les suites à donner.

La préparation du séminaire a consisté pour l'essentiel à définir des questions précises auxquelles les participants devaient apporter des réponses (annexe 1), à déterminer le rôle de chacun (annexe 2), à établir et mettre en place les conditions pédagogiques et organisationnelles permettant l'expression, le recueil et la synthèse des données répondant aux objectifs visés.

Les objectifs et le déroulement ont été établis par les membres du conseil d'administration de l'Association de recherche en soins infirmiers (Arsi). Les intervenants ont été invités à produire des informations sur l'enseignement des sciences infirmières sous forme de fiche pays que les participants pouvaient s'approprier avant le séminaire. Chaque participant en référence à sa fonction (animateur, intervenant, rapporteur, participant), disposait des articles et des références bibliographiques lui permettant de préparer le séminaire.

L'organisation de la prise de notes et la formalisation des synthèses ont été conçues pour faciliter la rédaction du contenu des travaux et envisager rapidement leur publication. Chacun a été sollicité pour travailler sa préparation au séminaire afin d'anticiper la production de propositions concrètes sous forme de préconisations. Le but est de permettre aux personnes qui veulent s'en saisir dans les milieux cliniques et d'enseignement de les mettre rapidement en œuvre.

Pendant le séminaire, au cours de la première demi-journée, des intervenants ont présenté l'enseignement des sciences infirmières dans différents pays : au Québec, en Suisse romande, en Belgique et en France. Ces présentations illustrent des choix et des manières de faire pouvant donner des idées pour le contexte français. Une intervention particulière a permis d'indiquer comment est réalisé

l'enseignement des sciences infirmières aux grades de master et doctorat, mettant en perspective la formation initiale qui a pour finalité de préparer des professionnels à exercer, mais aussi à poursuivre des études.

Lors de la deuxième demi-journée, consacrée aux ateliers thématiques, les participants ont répondu aux questions posées et formulé des préconisations y compris des pistes d'actions stratégiques, gardant toujours l'idée que leur diffusion devra se réaliser dans les milieux de l'enseignement et les milieux de la pratique clinique.

Les rapporteurs des ateliers ont exposé en séance plénière, durant la troisième demi-journée, les travaux et les résultats auxquels ils sont parvenus. Ces derniers ont été discutés par les participants des autres ateliers.

Enfin la dernière demi-journée a été consacrée à la synthèse des travaux, la validation des options et des préconisations permettant d'argumenter les choix et d'ouvrir sur des actions stratégiques.

Toutes les interventions en séance plénière ont été enregistrées et plusieurs participants de l'Arsi prenaient des notes pour garantir l'exhaustivité des données recueillies.

Dès la fin du séminaire, les rapporteurs ont rédigé les éléments de débat et les réponses aux questions posées, les préconisations (annexe 3) et les stratégies d'action proposées.

## Public

Il est constitué d'un nombre de participants limité à une cinquantaine de personnes, pour faciliter les échanges et la production. Les participants sont les membres du conseil d'administration de l'Arsi, des membres du Réseau des infirmiers docteurs ou doctorants (ResIDoc), des personnes issues des milieux de l'enseignement, des soins, de la recherche, des universitaires, des étudiants en soins infirmiers. Les personnes présentes viennent de milieux différents, mais chacune est concernée à des titres divers par l'enseignement des sciences infirmières.

Les contenus des travaux, les préconisations et les stratégies proposés sont mis à la disposition des infirmiers, des professionnels d'autres disciplines, des institutions et des décideurs. Ils ont été rédigés immédiatement après le séminaire. Cette proximité offre l'avantage de disposer collectivement très rapidement des contenus, sachant que les lecteurs pourront secondairement, s'ils le désirent, approfondir tout ou partie des différents aspects abordés ; mais a pour inconvénient de ne pas approfondir certains aspects ou prendre la distance parfois nécessaire à la formulation.

## RÉSULTATS DES TRAVAUX : CONTENUS DISCIPLINAIRES À MAÎTRISER ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES À ACQUÉRIR POUR LES ENSEIGNER

Les travaux de chaque atelier ont été introduits par une présentation sur chaque thème, puis des discussions ont permis d'apporter des éléments de réponses aux questions posées et de faire des préconisations.

### Épistémologie et paradigmes des soins infirmiers

#### ■ Introduction

L'introduction de Johanne Gagnon propose de présenter comment, au Québec, l'Université de Laval aborde l'enseignement de l'épistémologie des « Sciences infirmières » dans la formation initiale et tel qu'il est mis en perspective dans la poursuite d'études aux grades master et doctorat en sciences infirmières. Ceci permet d'avoir une vision d'ensemble du développement de la discipline sciences infirmières dès la formation initiale.

Johanne Gagnon développe la structure holarchique de la connaissance.

Le terme « holarchique » est utilisé par Fawcett (1995, 2005) pour démontrer que chaque composante de la discipline forme un tout complet, mais qu'elles sont aussi une partie d'un tout plus grand. La discipline infirmière a cinq composantes : le métaparadigme, les philosophies ou paradigmes, les modèles conceptuels, les théories et les indicateurs empiriques.

#### La discipline et le métaparadigme

Il est important de définir ce qu'est une discipline ainsi que son champ d'action qui est le domaine d'investigation marqué d'une perspective unique. Elle est une façon distincte de regarder un phénomène. Dans ses aspects ontologiques, cette façon de voir en est sa substance même, son centre d'intérêt, son objet d'étude, ses paradigmes, ses écoles de pensée. Dans ses aspects épistémologiques, elle en est la syntaxe avec ses modes de développement et d'application de connaissances, ses modèles, ses théories. Un phénomène d'intérêt est un terme pour décrire une idée à propos d'un événement, une situation, une expérience, un processus. Il reflète le territoire de la discipline. Il peut être localisé dans le temps et géographiquement. Un phénomène est décrit par un ou des concepts qui fournissent une image mentale pour mieux le comprendre.

Le métaparadigme est le centre d'intérêt de la discipline, il précise les concepts centraux qui font consensus au sein de la discipline et englobent plusieurs paradigmes situés dans le temps. Fawcett a précisé en 1993 les quatre concepts du métaparadigme infirmier : la personne ou l'être humain (selon Leininger en 2006), l'environnement, la santé et le soin. C'est autour de ces concepts centraux que s'établissent diverses relations qui donnent naissance à des propositions théoriques (d'où différents modèles conceptuels et théories).

#### Le métaparadigme infirmier

La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions auprès des personnes, des familles, des communautés, des populations, qui, en interaction continue avec leur environnement vivent des expériences de santé. Ces quatre concepts centraux sont relativement stabilisés et admis par la communauté scientifique. Cependant, ils sont considérés par certains auteurs comme insuffisants pour rendre compte de la discipline dans toute son ampleur. Les débats et les propositions traduisent la dynamique de la réflexion et de la recherche.

#### La discipline versus profession

Il est important de différencier les deux parties constituantes des soins infirmiers :

- la discipline représentée par les sciences infirmières qui sont un domaine d'investigation marqué d'une perspective unique, de phénomènes propres, de contextes dans lesquels les phénomènes se présentent, de questions importantes, de méthodes, de savoirs nécessaires, de preuves, d'évidences, de résultats probants, (Mc Ewen, 2011 ; Pépin et al., 2010).
- la profession infirmière qui est un service spécialisé caractérisé par un corps de connaissance unique, un pouvoir et une autorité sur sa formation, un mécanisme de contrôle de l'exercice, un service altruiste, un code d'éthique, une autonomie de pratique, un but et un mandat social, un groupe de « scholar »<sup>1</sup> et de chercheurs qui font avancer les connaissances. (Rutty, 1998)

#### Les paradigmes infirmiers

Pour Fawcett, la philosophie et le paradigme veulent dire la même chose. Les paradigmes permettent de formuler des questions et fournissent un cadre qui guide la résolution des problèmes de soins infirmiers et la conduite de la recherche. Ceux-ci sont remis en question lorsque leur orientation ne permet plus à la communauté scientifique de résoudre des problèmes nouveaux, d'apporter une explication à des faits nouveaux qui se présentent.

<sup>1</sup> La traduction la plus proche du terme anglais « scholar » serait érudits et savants ici dans le domaine des soins infirmiers.

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

Selon Fawcett (1993), il y a trois philosophies qui ont guidé la pratique et la recherche, elles correspondent aux trois paradigmes décrits par Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette et Major (1994, 2003, 2010) :

- le paradigme de la catégorisation : philosophie de la réaction ;
- le paradigme de l'intégration : philosophie de l'interaction réciproque, de la totalité ;
- le paradigme de la transformation : philosophie des actions simultanées.

On utilisera l'un ou l'autre suivant les situations. Des exemples d'intervention infirmière selon les différents paradigmes de Kérouac, Pépin et al. illustrent les traductions dans la pratique :

- le paradigme de la catégorisation : l'intervention infirmière se fera autour du « faire pour », conception correspondant au modèle de V. Henderson appartenant à ce paradigme, mais qui ne correspond pas aux idées actuelles du « patient acteur » ;
- le paradigme de l'intégration, l'intervention infirmière se fera autour d'« agir avec » ;
- le paradigme de la transformation, l'intervention infirmière se fera autour de l'accompagnement, d'« être avec ».

Le cours sur la naissance de la discipline qui aborde tous ces éléments abstraits doit être repris en 2<sup>ème</sup> année, car il est très conceptuel et donc difficile pour les étudiants infirmiers.

## Les modèles conceptuels et les théories

Les modèles conceptuels sont précurseurs d'une théorie. Selon Meleis (2007), les conceptions infirmières souvent appelées les modèles conceptuels font partie des théories à large spectre. Le modèle conceptuel a deux éléments constitutifs : des concepts qui ne peuvent pas être directement observables et des propositions qui correspondent à des prescriptions qui ne peuvent être testées. Ils peuvent cependant guider une pratique, une recherche.

Les théories sont des ensembles comprenant des concepts relativement concrets et spécifiques qui sont reliés à un phénomène du centre d'intérêt (ancrage disciplinaire), des propositions qui décrivent étroitement ces concepts et des relations relativement concrètes et spécifiques entre deux et/ou plusieurs concepts ou énoncés théoriques sous forme d'axiome, d'hypothèse ou de loi.

Ainsi on distingue : le « modèle conceptuel », « la théorie à large spectre », « la théorie à spectre modéré » dite aussi théorie de niveau intermédiaire et « la théorie de pratique » ou micro théorie qui s'adresse à un phénomène particulier pour orienter la pratique (Meleis, 2005) contextualisée, de mode inductif et non généralisable (Hill, 2002 ; Nelson, 2006 ; Meleis, 1999 ; Mefford, 2004). À titre d'exemples de modèle conceptuel : Levine, Rogers, Roy ; de théorie à large spectre :

Henderson, Orem, Parse ; de théorie à spectre modéré : Peplau, Watson, Orlando, Benner, Leininger.

Selon Fawcett, la théorie développée par Peplau est une théorie à spectre modéré de type descriptif, celle développée par Watson une théorie à spectre modéré de type explicatif, et celle développée par Orlando une théorie à spectre modéré de type prédictif.

Seules les théories à spectre modéré ont des indicateurs empiriques spécifiques qui permettent de définir opérationnellement leurs concepts.

**Les écoles de pensée** - Aspects ontologiques correspondant à la substance de la discipline.

Quel est le contenu de la discipline infirmière ? Il existe six écoles de pensée relevant philosophiquement des trois paradigmes infirmiers énoncés ci-dessus (Fawcett, 1993 et Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette, Major, 1994, 2003, 2010). Les écoles de pensée sont les suivantes :

- l'école des besoins répond à la question : que font les infirmières ? Les théoriciennes : Virginia Henderson, « besoins fondamentaux », 1955 ; Dorothee Orem, « auto-soins », 1959. Objet commun : décrire les besoins de la personne et les activités de l'infirmière en lien avec ces besoins ;
- l'école de l'interaction répond à la question : comment les infirmières font-elles ce qu'elles font ? Les théoriciennes : Peplau, « relations interpersonnelles », 1952 ; Orlando, « processus de soins », 1961. Objet commun : décrire le processus d'interaction entre l'infirmière et le patient ;
- l'école des effets souhaités répond à la question : pourquoi les infirmières font ce qu'elles font ? Les théoriciennes : Levine, « principes de conservation », 1967 ; Roy, « adaptation », 1971 ; Neuman, « systèmes » 1974. Objet commun : conceptualiser les résultats ou les effets souhaités des soins infirmiers ;
- l'école de l'apprentissage de la santé répond à la question : que font les infirmières et à qui elles s'adressent ? Les théoriciennes : Allen, 1963 et Clark, 1986 « promotion de la santé ». Objet commun : l'apprentissage devient une nouvelle façon de vivre, de se développer et de s'assumer ;
- l'école des « patterns » répond à la question : à qui s'adressent les soins infirmiers ? Les théoriciennes : Rogers, « être humain unitaire » 1970 ; Newman, « prise de conscience » 1979 ; Parse, « être en devenir » 1981. Objet commun : mettre l'accent sur une conception unitaire de l'être humain en portant une attention aux « patterns ». La personne donne la direction au changement ;
- l'école du « caring » répond à la question : comment les infirmières font ce qu'elles font, Les théoriciennes : Leininger, « soins culturels » 1978 ; Watson, « caring » 1979. Objet commun : donner la primauté au caring dans les soins infirmiers, culture et spiritualité.

## Les savoirs infirmiers

Ils concernent les aspects épistémologiques correspondant à la syntaxe de la discipline des sciences infirmières. L'épistémologie est liée au développement des savoirs. Elle est un jugement fondé sur la valeur des connaissances. Elle répond à la question : quelles connaissances les infirmières valorisent-elles ? Ou encore à quelles connaissances les infirmières attribuent-elles de la valeur suite à un jugement ? L'épistémologie donne des moyens à la discipline de porter un regard critique sur les connaissances disciplinaires admises à partir de critères. La discipline a développé sa pensée théorique et ses savoirs propres. La pensée théorique est la base d'une autonomie professionnelle, d'un pouvoir, d'une meilleure communication et d'une argumentation solide.

Selon Carper (1978), White (1995), Chinn et Kramer (2003, 2005, 2008), et Lechasseur (2009), il y a deux voies qui conduisent à la connaissance : la première est le processus par lequel je perçois, je connais, (*knowing*) et la seconde est le produit que je communique que je partage de ce que je comprends (*knowledge*). Carper a mis en évidence en 1978 quatre types de savoirs infirmiers : personnel, esthétique, empirique, éthique auquel Chinn et Kramer ont ajouté en 2008 le mode émancipatoire qui est à rapprocher du paradigme de la transformation. Quant à Lechasseur en 2009, elle décrit d'autres types de savoirs et en énonce dix : scientifique, moral et éthique, intrapersonnel, interpersonnel, combinatoire, constructif, perceptuel, expérientiel, pratique et enfin contextuel.

Ces repères épistémologiques doivent impérativement être connus dès le début du 1<sup>er</sup> cycle. Ils doivent être approfondis en cycle 2 master et maîtrisés en cycle 3 doctorat, notamment dans le cadre de la recherche.

Johanne Gagnon termine son exposé sur la discipline infirmière en renvoyant à trois questions :

- d'où venons-nous ?
- où allons-nous ?
- qui sommes-nous ?

Des repères historiques permettent de comprendre l'évolution des idées, la construction disciplinaire dans le temps, de situer les contextes d'élaboration et de mise en œuvre des options choisies.

En l'an 600, bien avant Florence Nightingale, une femme musulmane Rufaida Bent Saad regroupe plusieurs femmes pour soigner les blessés durant les guerres islamiques du temps du Prophète Mahomet, crée une clinique dans une mosquée et mise sur l'hygiène et un environnement sain. Elle crée une école, un code éthique et de nouvelles règles pour la qualité des soins (Marriner, Tomey & Aligood, 2006 ; McEwen & Wills, 2011)...

Durant la période 1820-1910 Florence Nightingale, notre précurseuse occidentale, laisse un héritage considérable aux soins infirmiers. Elle contribue à une meilleure distinction entre les soins infirmiers et la médecine. Avec une quarantaine d'infirmières, elle soigne les soldats blessés de la guerre de Crimée (1854/55) et apporte des améliorations sanitaires qui ont entraîné une réduction du taux de la mortalité passant de 43 % à 2 %. Elle est considérée comme la première infirmière-chercheuse. Cette avant-gardiste fait valoir l'importance de la formation pour établir des standards de soins, d'où la création d'écoles (Marriner, Tomey & Aligood, 2006 ; Pepin et al., 2010). Après les travaux de Florence Nightingale, le développement théorique de la discipline s'est réalisé à travers différentes phases.

Les différentes phases de l'histoire des soins infirmiers (Meleis, 2007) :

- la phase de la pratique : Florence Nightingale (*Notes on Nursing*). L'accent est mis sur l'hygiène et un environnement sain. La mission des soins infirmiers correspond à une offre de soins et de confort. L'enseignement se base sur la philosophie de F. Nightingale et les connaissances se transmettent par l'expérience et la tradition ;
- la phase de l'éducation et de l'administration : développement des programmes de formation et des curriculums. On s'intéresse à la façon de préparer les enseignantes et les administrateurs d'écoles et des services de soins. Cette phase a soulevé de nombreuses questions sur « ce qu'est le soin » et comment différencier les soins selon les niveaux entre infirmière auxiliaire, clinicienne, bachelière simple ou avec maîtrise. Le corpus de la pratique se décline, se formalise de façon plus théorique ;
- la phase de la recherche : c'est autour des années 1950 que se produisent et se développent des connaissances théoriques avec en 1952 la naissance de la première revue scientifique « *Nursing Research* ». Des programmes d'études graduées apparaissent. La discipline se construit (collectes et analyses de données systématiques) ;
- la phase de la théorie : Peplau en 1952 est la première théoricienne. Les théories sont fortement influencées par la philosophie et les paradigmes des autres disciplines. Les recherches portent essentiellement sur la formation et sur l'administration des soins. 300 revues en sciences infirmières sont publiées et contribuent au développement du corpus théorique ;
- la phase de la philosophie : cette phase se caractérise par l'intérêt envers les questions autour de la nature du soin et la nature des connaissances (Carper) ainsi que la congruence entre l'essence du savoir infirmier et les recherches. La diversité épistémologique est acceptée ainsi que la reconnaissance d'investigation éthique, logique et épistémologique. C'est la phase de la maturité de la discipline infirmière ;
- la phase de l'intégration : le début du XXI<sup>ème</sup> siècle est marqué par des discussions sur la cohérence globale de la structure disciplinaire et sur des domaines de spécialisation.

Les infirmières s'approprient les théories dans leur pratique au quotidien. Des théories intermédiaires et spécifiques ciblant un aspect des soins infirmiers émergent. Les fondements philosophiques et théoriques ayant guidé la conceptualisation des concepts centraux et du centre d'intérêt sont réaffirmés ;

- la phase de l'interdisciplinarité : le début du XXI<sup>ème</sup> siècle voit la profession infirmière s'allier avec d'autres disciplines pour aborder des questions en complémentarité sur différents phénomènes de santé comme la douleur... Des équipes multidisciplinaires se retrouvent pour engager des recherches que chaque professionnel peut investir dans son champ d'intérêt... Des professionnels de différentes disciplines unissent leurs efforts dans un but commun pour initialiser des partages de connaissances sur des thèmes comme l'amélioration de la qualité de vie...

## Discussion

### Constat d'une faiblesse et d'un manque d'analyse des contenus enseignés

La présentation de Johanne Gagnon, remarquablement structurante par les solides points de repères donnés, a permis au groupe de travail de s'interroger sur l'état de la question en France. Cet exercice en forme d'« introspection » collective, certes limité au nombre restreint de participants à l'atelier, a permis de mettre assez rapidement en évidence le faible développement en France des approches théoriques évoquées dans la formation universitaire des sciences infirmières au Québec.

Si des éléments relatifs aux sciences infirmières figurent bien dans le référentiel de formation en soins infirmiers en vigueur depuis 2009 en France, ceux-ci demeurent parcellaires, peu organisés et peu structurants, notamment en ce qui concerne la hiérarchisation des connaissances et leur relation immédiate ou plus lointaine avec la pratique professionnelle. Parmi les rares auteurs évoqués dans le groupe, Virginia Henderson apparaît comme la plus célèbre. Si quelques éléments constituant la trame de son approche théorique sont parfois enseignés, l'utilisation pratique de ce modèle semble néanmoins se limiter essentiellement à un outil de recueil de données cliniques classées par besoins fondamentaux. Cet outil est en effet le plus souvent déconnecté des éléments théoriques qui le fondent et son utilité n'est pas nécessairement perçue au-delà d'une compilation organisée d'informations. Cette perception utilitariste assez réductrice est sans doute aggravée par l'adoption d'un seul modèle, ce qui prive les utilisateurs de la confrontation et la mise en débat avec d'autres façons d'aborder la réalité. Les quelques modèles théoriques travaillés et approfondis par ailleurs, le sont dans certains milieux spécialisés, souvent coupés des pratiques des

infirmières dispensant des soins au quotidien. De plus, ces modèles font rarement l'objet d'une approche critique, particulièrement en formation initiale où les étudiants qui s'interrogent à leur sujet obtiennent rarement des réponses à leurs questions et encore moins des occasions d'en discuter.

Le constat est identique s'agissant de l'enseignement de l'histoire de la profession infirmière et des soins infirmiers en formation initiale, souvent succinct et exclusivement descriptif. Quand il existe, un déroulé chronologique de l'antiquité à nos jours est présenté sous la forme d'une idéale progression linéaire, de même qu'un tableau souvent hagiographique de personnages marquants comme Florence Nightingale, Anna Hamilton ou Léonie Chaptal. Une véritable réflexion en forme d'analyse critique socio-historique, de nature à nourrir les problématiques actuelles est rarement mise en œuvre. Pourtant, si des repères chronologiques sont utiles, voire indispensables, ils ne sont pas suffisants pour développer l'intérêt des plus jeunes pour enraciner et mettre en perspective la discipline à laquelle ils se forment.

### Développer et donner de l'épaisseur aux approches théoriques dès la formation initiale et en formation continue

Au cours des échanges, la question des soins infirmiers comme art et/ou comme science est apparue comme encore très présente et montre la nécessité d'un débat en France. La première recommandation que le groupe souhaite faire à ce sujet, est précisément que les grandes questions et les grands débats de ce type devraient être intégrés à la formation dès le début des études. Pour que cela soit possible, il est impératif de donner aux étudiants les moyens de saisir les termes de ce débat en leur permettant, dès l'entrée en formation, de distinguer ce qui est art et ce qui est science, ce qui relève de la sphère opératoire et ce qui relève de la pensée, ce qui est de l'ordre de l'idéologie et ce qui est de l'ordre de l'ontologie ou de l'épistémologie.

S'agissant de l'enseignement des fondements historiques de la profession et des soins infirmiers, voire de l'histoire de la pensée infirmière, une approche internationale est recommandée, pour mieux situer le cas de la France. Ainsi, des aires culturelles comme la Grande-Bretagne, les États-Unis d'Amérique, le Canada anglais et francophone, mais aussi quelques pays européens au choix pourraient offrir d'utiles éléments de comparaison et de mise en perspective de la situation française.

## Préconisations

Si l'on en juge aux étapes de développement des soins infirmiers et des sciences infirmières présentées par J. Gagnon

reprenant en cela les travaux de Meleis (2007), la France se situerait aux phases de développement de la recherche et des approches théoriques. En ce sens et sans préjuger de ses capacités à développer et proposer une approche originale, elle peut sans aucun doute tirer le plus grand profit des ressources de pays étrangers en avance dans ce domaine, la question des sciences infirmières se posant par définition à un niveau international.

En puisant aux sources internationales, mais aussi nationales, quelques principes peuvent être recommandés comme autant d'orientations, susceptibles de créer une dynamique d'appropriation pour une maîtrise de quelques éléments fondamentaux de la discipline dès le niveau de la licence. Ainsi, après une sorte d'introduction générale à la science et à l'activité scientifique, la hiérarchie des connaissances, à commencer par la notion de métaparadigme, serait abordée à partir de quelques auteurs généralistes comme Fawcett, Pépin et al., Dallaire, Collière, mais aussi des auteurs plus particulièrement centrés sur les savoirs infirmiers comme Carper, Chinn et Kramer, ou Lechasseur.

Comme une déclinaison du niveau ci-dessus, les trois grands paradigmes actuellement identifiés (catégorisation, intégration, transformation), devraient être explicités aux étudiants, de même que l'ensemble des écoles de pensée répertoriées à ce jour et s'insérant dans ces paradigmes. Enfin, la description des différents types de théories (à large spectre, intermédiaires ou pratiques) devrait permettre aux étudiants de mieux se situer dans ce monde de l'abstrait, par l'étude des possibilités de mise en relation plus ou moins directe de ces champs théoriques avec la pratique professionnelle.

Une fois présentée cette trame d'ensemble, les équipes pédagogiques pourraient choisir d'approfondir au moins un auteur par paradigme<sup>2</sup>, ceci jusqu'à l'opérationnalisation du modèle dans la pratique professionnelle. L'enseignement comprendrait impérativement l'approche critique des travaux de l'auteur et la mise en débat de cette approche avec les autres théories enseignées.

### **Quelques pistes pour la mise en œuvre et la réussite du projet**

Comme il s'agit d'initier un processus d'appropriation disciplinaire à tous les niveaux de formation et de pratique, il est impératif, dès la formation initiale, de viser l'opérationnalité des théories et leur appropriation pour l'exercice professionnel au quotidien. Dans cet objectif, les équipes pédagogiques pourront mettre à profit les unités d'intégration des connaissances, mais aussi la partie relative aux sciences et techniques infirmières du référentiel de formation, ainsi que le dispositif d'évaluation s'y rapportant. La motivation pour ces

approches théoriques au service de la pratique pourra être entretenue par une proportion à déterminer d'évaluation continue, transversale de ces questions. Par exemple, il serait envisageable de valoriser l'utilisation des modèles, théories ou concepts de soins infirmiers dans les travaux des étudiants en attribuant quelques points (ex. 2 sur 20) à cet usage dans certaines évaluations choisies. S'agissant de la formation clinique des étudiants, il conviendra d'intégrer une approche de ces questions à la formation des tuteurs de stage. Enfin, les infirmiers de pratique avancée apparaissent comme des acteurs particulièrement bien placés pour initier et porter cette nouvelle dynamique dans les milieux cliniques.

Pour maintenir cette dynamique au-delà de la formation initiale, il faudra inscrire et intégrer de façon transversale, les sciences infirmières telles qu'elles sont envisagées ci-dessus dans toutes les formations infirmières, quel que soit le niveau de diplôme ou le grade (cadre, infirmier spécialisé, Diplômes d'université divers et master s'adressant majoritairement ou spécifiquement aux infirmières...). Comme pour toute période transitoire, avant la stabilisation des nouvelles pratiques découlant de l'intégration de ces connaissances et compétences nouvelles, il faudra sans aucun doute envisager des cours de « mise à niveau » pour ceux qui s'inscrivent dans des cursus de type master ou doctorat et qui n'ont pas bénéficié de ces enseignements dans leurs formations antérieures. De la même façon, des cours de ce type pourront être organisés à l'intention des infirmiers docteurs dans d'autres disciplines qui souhaitent s'investir dans les soins infirmiers.

## **Apprentissage de la clinique**

### **■ Introduction**

La clinique infirmière en France se développe dans un contexte évolutif, où les innovations technologiques modifient la manière d'envisager la pratique clinique. Le périmètre d'exercice des infirmières tend à se modifier notamment au travers des protocoles de coopération.

Par ailleurs, la formation des infirmières évolue depuis 2009 avec la réforme des études initiales puis l'apparition de masters spécialisés ainsi que la volonté, encore éparse, de continuer l'évolution vers un système licence-master-doctorat (LMD) complet avec la création d'une filière doctorale.

Alors, que devient l'activité de l'infirmière, en contact direct avec les personnes soignées et leurs proches ? Comment définir la clinique infirmière et sa place dans les soins aujourd'hui ? Quelles pistes pour l'apprentissage clinique en formation ?

A partir des objectifs suivants :

- identifier la spécificité de la clinique infirmière ;

<sup>2</sup>Voir à ce sujet le développement supra.

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

- mettre en évidence des modèles d'analyse clinique infirmière ;
- identifier les modalités d'enseignement et d'apprentissage dans les milieux de l'enseignement et les milieux de soins ;

Les participants de l'atelier « apprentissage de la clinique » ont tenté de répondre aux questions suivantes :

- comment définir la « clinique infirmière » ?
- qu'est-ce qui est utilisé et enseigné ?
- quels sont les contenus, les savoirs, les méthodes, les techniques... qu'il faut maîtriser pour les activités cliniques ?

## Discussion

Parler de la clinique et la définir sont des tâches complexes. C'est un concept nomade, utilisé dans des disciplines diverses, comme les sciences médicales, les sciences humaines, et les sciences infirmières. Pour certains auteurs, la clinique est associée à l'activité des infirmières « au lit du malade », pour d'autres, elle fait référence à des niveaux de compétences et/ou des pratiques particulières (Jovic, 2012). En France, pour Monique Formarier elle est « une réalité à développer » (2008). Les échanges dans le groupe ont permis d'en identifier certains aspects qui ont ensuite été mis en lien avec les éléments théoriques retrouvés dans la littérature.

### La clinique infirmière : une activité complexe

Les éléments de discussion ont porté tout d'abord sur l'étymologie du mot clinique qui vient du grec *klinikê*, en latin *clinicus* et caractérise « la médecine qui se fait près du lit du malade » (Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL)). En effet, pour l'ensemble des participants la clinique s'enracine dans la pratique. C'est « l'activité principale des infirmières » et elle constitue la base de la discipline infirmière (Jovic, 2002). Il semble donc capital, pour une pratique éclairée, que l'infirmière se réfère explicitement à une théorie infirmière lors de l'analyse clinique d'une situation de soins, mais également qu'elle soit attentive à l'existence de modèles théoriques infirmiers alternatifs.

La pratique clinique s'appuie sur :

- des connaissances théoriques : une fois maîtrisées, elles permettent au professionnel de modéliser ses connaissances en réseaux signifiants que Desaulnier nomme « *script* » (2006) ou Tanner « *pattern* » (2008) ;
- l'examen clinique : cette activité se pratique auprès de la personne soignée, et comprend deux axes complémentaires (Cloutier et al, 2010) :
  - le recueil de données subjectives, réalisé par l'infirmière lors de l'entretien clinique auprès de la personne ou son entourage (histoire, symptômes, vécu...) ;
  - l'examen physique ou recueil de données objectives qui se réalise à l'aide de l'observation, et de différentes techniques comme l'auscultation, la palpation, l'inspection

et la percussion. Des examens complémentaires comme la mesure de la glycémie, de la température, etc... mais aussi les examens radiologiques, peuvent compléter les données.

L'examen clinique, en France, est réalisé par les infirmières depuis de nombreuses années, cependant son contenu n'est pas identifié de façon formelle. Pourtant la législation spécifie notamment que les soins infirmiers contribuent au recueil de données cliniques et épidémiologiques et concourent à la collecte des informations utiles aux médecins pour poser un diagnostic (Art R4311-2 et R4311-5 du Code de Santé Publique). Les échanges dans le groupe témoignent de divergences dans la définition, la réalisation et l'apprentissage de l'examen clinique, par exemple :

- l'utilisation ou non du stéthoscope pour écouter l'activité cardiaque, pulmonaire ou intestinale ;
- les pratiques concernant la percussion ou la palpation.

### La clinique infirmière basée sur une relation singulière et spécifique avec la personne soignée

Pour les professionnels réunis, chaque situation de soin est unique et peut s'avérer complexe. La relation de soin établie avec la personne soignée est singulière et essentielle, car elle favorise la mise en lien entre l'entretien clinique, l'examen physique et les interventions qui suivront.

Les éléments communs retrouvés dans le discours des participants caractérisent cette rencontre :

- la relation de soin s'établit dans la proximité, « au pied du lit », elle peut se révéler asymétrique et par conséquent, nécessite pour l'infirmière de trouver la « juste distance ». Les échanges sont porteurs de sens et les explications co-construites (Jovic, 2012) ;
- la communication est adaptée et favorise le recueil de données, dans le but de parvenir à une meilleure compréhension de la situation ;
- la dimension éthique dans cette rencontre est fondamentale pour la profession. Pour l'infirmière, établir une relation avec la personne soignée et son entourage nécessite « une attention à l'autre et une attention à soi en tant qu'instrument de la clinique » (Jovic, 2012, p.106). Par cette attention particulière portée à la personne, l'infirmière la reconnaît dans son altérité. Elle respecte ses droits, son autonomie et l'accompagne dans ses choix en matière de santé.

### Un processus dynamique, basé sur des connaissances apprises et construites

La clinique infirmière est perçue comme une démarche (Formarier, 2008), définie comme un processus dynamique complexe, basé sur des connaissances acquises par la formation, par l'expérience, et par l'utilisation des résultats de recherche. L'infirmière est en contact direct avec les personnes malades et leurs proches. Dans les situations

cliniques, elle mobilise des savoirs médicaux, mais également d'autres champs disciplinaires, ce qui lui permet de porter un regard élargi sur la personne, sa santé, sa situation, son environnement et les soins à lui prodiguer. Parmi les outils proposés en France, il est possible de se référer aux travaux de Thérèse Psiuk, 2012. Ces éléments font consensus dans la profession. Ce premier constat mène inévitablement à faire le lien avec les quatre concepts centraux de la discipline infirmière : la personne, l'environnement, la santé et le soin (Pépin et al., 2010). La manière de concevoir ces concepts et donc de les opérationnaliser dans la pratique clinique varie selon le paradigme, l'école de pensée et la théorie de soins infirmiers dans laquelle se situe l'infirmière.

## ■ L'examen clinique

Dans la pratique infirmière, l'examen clinique s'appuie sur le raisonnement clinique. Celui-ci permet à l'infirmière, à partir d'une collecte rigoureuse de données, de faire des inférences, d'analyser, d'interpréter les données, d'émettre des hypothèses et de poser un diagnostic infirmier. Ce terme « diagnostic », entendu comme un terme générique, emprunté au grec qui signifie « discerner, reconnaître »

(CNRTL), est une contribution disciplinaire spécifique apportée par l'infirmière du fait de sa proximité avec la personne soignée et des connaissances disciplinaires mobilisées.

### Le processus de raisonnement clinique à deux niveaux, d'après le modèle proposé par Tanner

Le premier niveau concerne la structure du processus de raisonnement. Tanner en a réalisé une modélisation en 2006, inspirée du modèle de l'apprentissage expérientiel de Kolb, en s'appuyant sur plus de 100 travaux de recherche relatifs à la notion de raisonnement clinique (*clinical judgment*). Ce modèle, représenté par un schéma (fig. 1), permet d'identifier les points focaux, qui pourront devenir des objets d'apprentissage ou d'analyse. Tanner identifie quatre phases, traduites en français par : recueil d'informations, analyse, réponses, réflexion (Tanner, 2006).

Le processus comprend les phases suivantes :

- de recueil d'informations (*noticing*) : dans cette phase, les données utiles à l'analyse sont identifiées par l'infirmière de par sa connaissance du contexte, de l'historique du patient

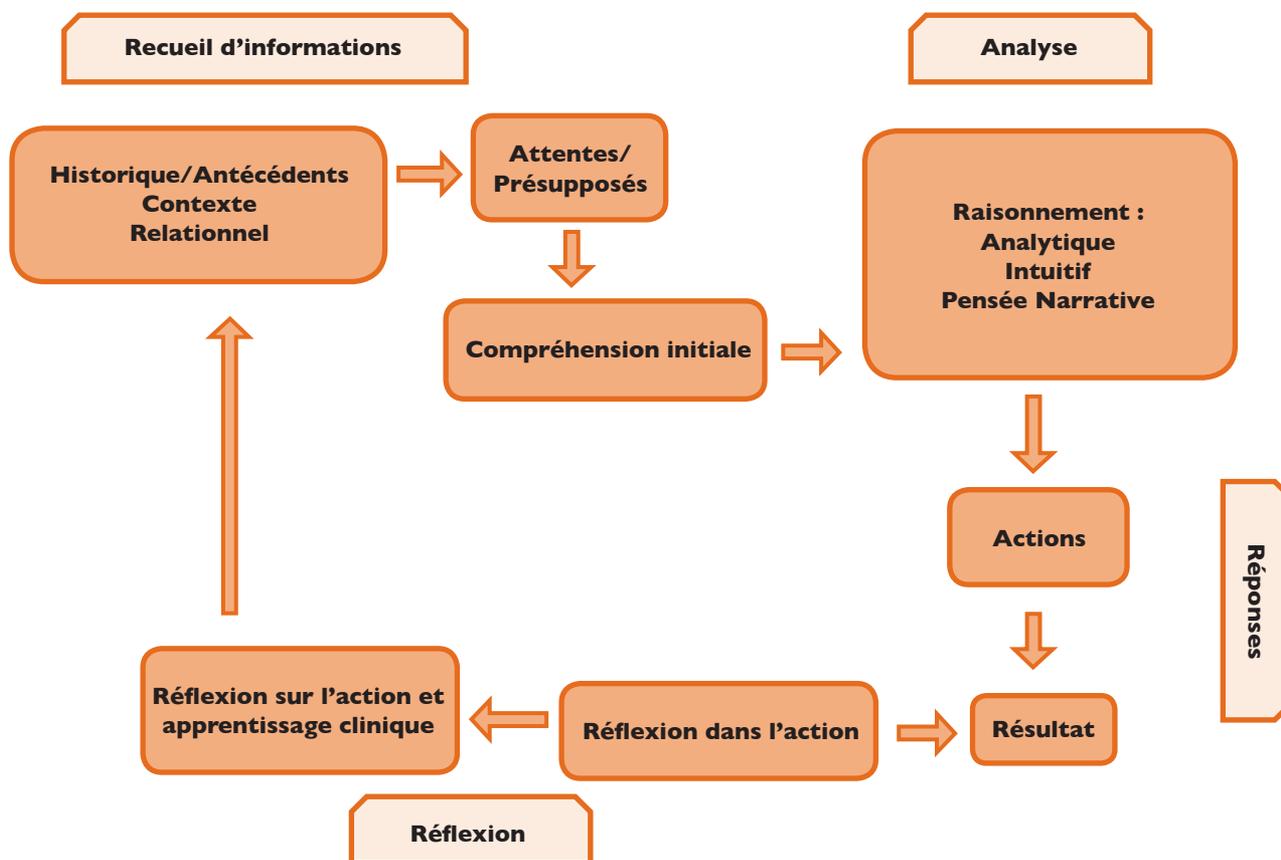


Figure 1.  
Processus de raisonnement clinique d'après Tanner (2006)

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

et de ses antécédents, mais aussi du type et de la qualité de la relation établie entre eux ;

- d'analyse (*interpreting*) : après identification des données, l'infirmière fait appel à trois démarches intellectuelles principales pour analyser la situation :
  - analytique : il s'agit du découpage de la situation vécue en éléments interprétables au regard des connaissances de l'infirmière. Ces connaissances sont issues des sciences enseignées lors de la formation initiale, continue, ou des recherches personnelles de l'infirmière. C'est la base du raisonnement clinique décrit classiquement, elle est d'emblée mise en place par une infirmière débutante ;
  - intuitive : il s'agit de la reconnaissance immédiate de scripts, de schèmes (*pattern*) signifiants pour l'infirmière. Ce modèle d'analyse est d'autant plus fréquent que l'infirmière est expérimentée et a déjà vécu des situations similaires ;
  - de pensée narrative : alors que les approches analytiques et intuitives réfèrent à des schèmes généraux (les *patterns*), la pensée narrative tend à analyser la situation de la personne soignée comme singulière et s'ancre dans une recherche de compréhension du vécu du patient :
- de réponse (*responding*) : cette phase correspond aux actes de soins, au projet de soins mis en œuvre par l'infirmière et à l'évaluation des résultats obtenus ;
- de réflexion (*reflecting*) : il s'agit du temps de réflexion « dans l'action » qui permet à l'infirmière, souvent expérimentée, de faire évoluer son analyse et ses actions dans le cours de l'action, mais aussi de la réflexion « sur l'action », à distance, qui est l'occasion d'un retour réflexif sur sa pratique. Cette phase de réflexion viendra, en principe, modifier la manière d'envisager et d'analyser une autre situation de même nature.

L'analyse de ces phases du raisonnement clinique permet d'identifier les étapes à travailler avec les professionnels autant qu'avec les étudiants. Le travail d'analyse développe un processus métacognitif dont on connaît l'efficacité sur l'apprentissage. Ce modèle procure également des pistes sur les champs de connaissances à enseigner ainsi que sur les activités à privilégier en formation initiale.

Le second niveau, concerne les matrices d'utilisation des savoirs théoriques, soit au niveau des hypothèses émises (*expectations*) soit au niveau de la phase de raisonnement analytique. Dans sa pratique, l'infirmière mobilise des savoirs issus de champs théoriques variés (sciences infirmières, médecine, pharmacologie, psychologie, sociologie, anthropologie, etc.). Cependant, l'hypothèse formulée lors des débats est que le recours aux divers champs théoriques est variable en fonction de chaque situation.

Au-delà des différences d'expériences entre infirmières, cette trame des champs théoriques pourrait également varier en fonction :

- du type de situation : éducation thérapeutique, urgence, action de santé publique ;

- du paradigme et du modèle théorique en soins infirmiers dans lequel se positionne l'infirmière ou bien l'étudiant.

Cette lecture d'utilisation des savoirs, ainsi que leur repérage et leur analyse par le praticien semble être un outil réflexif indispensable à l'apprentissage et au développement de la clinique infirmière.

Le raisonnement clinique est une manière de mobiliser et d'articuler les connaissances en fonction de données observées dans un contexte et de la finalité visée. Ici comme dans d'autres domaines, le raisonnement est un moyen, un outil, au service d'une finalité. Aussi pour pouvoir raisonner, il est indispensable notamment de posséder des connaissances et de maîtriser le périmètre des soins infirmiers, le recueil de données, les méthodes pour interpréter les faits. L'apprentissage des méthodes fait partie des éléments nécessaires à la maîtrise des soins infirmiers, mais il ne peut être dissocié des contenus. Il faut répondre aux questions telles que : quel est le contenu de la clinique dans une perspective de soins infirmiers ? Que doit comprendre un examen clinique ? Comment réaliser un examen clinique ?

## Des habiletés ou savoirs construits au cours de l'expérience

Pour les participants, l'infirmière au cours de ses expériences, de par la fréquence et la diversité des situations rencontrées, développe des habiletés dans le repérage des éléments cliniques importants. Elle développe ces habiletés dans des classes de situations spécifiques, c'est-à-dire des situations qui ont des caractéristiques semblables. Elle se constitue ainsi, une base de connaissances qui lui permet d'adapter son analyse clinique et ses interventions lorsque la situation est plus complexe et demande de dépasser des actions de routine. Ces savoirs issus de l'expérience clinique lui permettront de faire des inférences, dans ce contexte particulier, et d'agir avec compétence.

Ces savoirs issus de la pratique professionnelle sont désormais reconnus et étudiés dans des recherches scientifiques, notamment dans le domaine des sciences de l'éducation. Ils sont nommés sous diverses appellations entre autres : « savoirs d'action » (Barbier, 1996), « savoirs professionnels » (Habboub, Lenoir, et Tardif, 2008). Ces appellations ne sont pas équivalentes. Cependant, ces savoirs ont la caractéristique commune de pouvoir constituer des ressources pour l'action et dans l'action.

Ainsi, pour pouvoir transmettre ces savoirs dans l'apprentissage de la clinique infirmière se pose la question vive de leur identification et des modalités de leur transmission.

## ■ Préconisations

À partir de la réflexion au sein du groupe émerge un questionnement concernant l'enseignement de la clinique :

- quels sont les savoirs théoriques et pratiques à enseigner ?
- pour les enseignants-formateurs, issus des lieux de soins et des centres de formation, comment transposer l'ensemble de ces savoirs pour qu'ils soient enseignables ? Quels sont les moyens, les outils à privilégier ?

Si les débats au sein du groupe ont permis de mettre à jour la complexité du concept de clinique infirmière, ils ont également permis de mettre en évidence des points saillants. Ces points nous paraissent constituer les axes potentiels pour un apprentissage clair de la clinique infirmière. Ainsi, quelques pistes pour l'enseignement de la clinique infirmière peuvent être proposées.

L'un des premiers points relève déjà de l'emploi du terme de clinique infirmière. S'il constitue le cœur de la pratique infirmière, il est alors capital de le nommer comme tel dans le projet pédagogique du centre de formation. Il est également capital de nommer la clinique infirmière de manière claire à chaque fois qu'elle est mobilisée dans les apprentissages.

Il est possible de considérer la clinique infirmière comme une activité intégrative des savoirs et donc de la positionner de manière transversale sur l'ensemble de la formation en soins infirmiers.

### Structure et contenus de l'examen clinique

Actuellement, plusieurs pays francophones ont intégré dans le programme de formation des infirmières, l'enseignement de l'examen clinique comme décrit ci-dessous. En France le référentiel de formation des infirmières en vigueur, apporte des éléments concrets, permettant de faire évoluer la pratique de l'examen clinique. En effet, dans l'ouvrage : « la pratique infirmière de l'examen clinique » (Cloutier & al, 2010), les auteurs, mettent en lien les apports de l'examen clinique, avec la compétence I du référentiel de formation défini par l'arrêté du 31 juillet 2009 : « Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ».

L'examen clinique comprend le recueil de données subjectives par l'entretien clinique et le recueil de données objectives grâce à l'examen physique. Il mobilise certaines compétences en communication, et s'appuie notamment sur l'écoute et la relation d'aide. L'objectif de l'infirmière est de recueillir un ensemble de données qui lui permettent d'évaluer le problème de santé de la personne en prenant en compte le contexte clinique et son histoire de santé (Cloutier & al, 2010). Pour identifier de façon précise les caractéristiques du symptôme principal, la méthode de questionnement PQRST est préconisée. P représente ce qui provoque le symptôme ;

Q la qualité et la quantité du symptôme ; R la région principale où se manifeste le symptôme ; S les symptômes et signes associés ; T le temps depuis lequel dure le symptôme (Cloutier & al, 2010 p. 32).

L'examen physique de la personne fait suite à l'entretien clinique. Il est composé de quatre techniques : l'inspection, la palpation, l'auscultation, et la percussion. La mesure des paramètres fondamentaux (pression artérielle, fréquence cardiaque, respiratoire, saturation en oxygène, température, poids, douleur, etc.) complète le recueil de données. La connaissance des valeurs normales est requise, cependant l'analyse des paramètres fondamentaux doit être contextualisée et prendre en compte l'examen physique de la personne.

Ainsi, l'identification précise de l'examen clinique proposé par Cloutier et al., permet de déterminer des axes de séquences d'apprentissage à mettre en œuvre dans les instituts de formation et les lieux de soins. Toutefois il sera nécessaire de définir clairement la marge d'action de l'infirmière en lien avec le cadre législatif national. Ce travail devra probablement solliciter l'avis de l'Ordre National des Infirmiers.

### Les modèles théoriques en soins infirmiers : un guide pour la démarche clinique

Identifier les divers modèles d'action dans lequel se situe l'infirmière nous paraît passer par un enseignement structuré des paradigmes et modèles de soins infirmiers. Cependant, les expériences passées ont pu montrer combien un apprentissage purement théorique et par trop désincarné nuisait à l'appropriation de ces modèles théoriques.

Une approche pragmatique suggère plutôt de limiter l'apprentissage en formation initiale à un modèle théorique par paradigme, et ce pour chaque année. Cependant, ce modèle théorique ne prendra sens que s'il s'articule avec les théories intermédiaires et pratiques pour s'incarner dans l'étude de situations de soins. À cet égard, l'exemple et les méthodes décrites par nos consœurs francophones peuvent servir de base de réflexion. Il restera alors à adapter cette nécessité à un programme national au découpage très balisé.

### Des outils pour l'apprentissage d'un modèle de raisonnement complexe

Dans le même cadre métacognitif, l'utilisation du modèle de Tanner pour décrire le processus de raisonnement clinique permet d'offrir des temps de compréhension des mécanismes en jeu lors de séquences centrées sur le raisonnement clinique. Plusieurs outils sont à la disposition de l'enseignant-formateur :

- la simulation, en tant que méthode pédagogique, peut apporter de multiples solutions pour travailler le recueil

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

de données cliniques, le raisonnement, et les techniques de soins. Les mannequins de basse ou haute-fidélité, les patients standardisés sont des outils déjà disponibles sur le territoire français (HAS, 2012). Les mannequins haute-fidélité, permettent de recréer des situations de soins très proches de la réalité, comme par exemple, l'accueil du nouveau-né en salle de naissance. Les différents scénarii utilisés favorisent le raisonnement clinique à partir des signes repérés dans la situation et la mise en œuvre d'interventions adaptées.

La simulation peut également faire appel à des patients standardisés. Il s'agit de simuler une situation de soins où un acteur peut jouer un patient alors que l'étudiant ou le professionnel est confronté lors de la scène aux réactions de ce patient/acteur.

Actuellement, le développement des centres de simulation auprès des établissements de santé permet d'envisager cette approche pédagogique tant pour les professionnels des lieux de soins que pour les étudiants en soins infirmiers.

- l'analyse réflexive est utilisée, dans d'autres champs professionnels aussi bien sur les lieux d'activités que d'apprentissage. Il semble pertinent d'en faire de même dans notre profession. L'analyse de la pratique, centrée sur une situation clinique vécue, peut aider l'acteur à questionner la pertinence du recueil de données et du raisonnement clinique. Elle est réalisée par un animateur formé à cette technique. Elle s'adresse aux étudiants et aux professionnels des lieux de soins. Cela nécessite une implication forte des directions de soins et probablement un nouveau partenariat entre IFSI et lieux de soins au bénéfice cette fois des professionnels de santé ;
- les ateliers de raisonnement clinique : en lien avec les approches par résolution de problème, l'atelier de raisonnement clinique permet à un petit groupe de travailler les démarches diagnostiques de manière systématisée. La soumission d'un problème clinique à un petit groupe d'apprenants, l'argumentation des éléments cliniques complémentaires à rechercher, le débat entre membres du groupe, permettent de confronter les approches, mais aussi de rendre visible les étapes du raisonnement clinique ;
- les cartes conceptuelles permettent également de travailler sur le raisonnement clinique. Elles favorisent une représentation visuelle d'idées ou de notions, ainsi que les relations qu'elles entretiennent entre elles. Elles permettent à l'étudiant d'organiser les informations dont il dispose, d'en identifier les liens, et ce, à chaque étape du raisonnement clinique. Le modèle de Tanner peut alors servir de trame pour l'élaboration des cartes conceptuelles (Gerdeman, Lux et Jacko, 2012) ;
- les jeux sérieux (*serious games*) en santé commencent à faire leur apparition même si leur développement reste très inférieur, comparé à des pays précurseurs comme les États-Unis. Situés dans le champ de la simulation, certains peuvent

faire travailler le raisonnement clinique. Le jeu sérieux Pulse, originaire des USA, en est un bon exemple.

Il paraît donc indispensable que la clinique infirmière, tant à travers la pratique de l'examen que du processus de raisonnement doit devenir un axe fort du cursus de formation, mais aussi de la formation continue des professionnels.

## Un apprentissage qui favorise l'articulation des savoirs

Comme mentionnée plus avant, une des spécificités de la clinique infirmière se joue dans l'articulation de savoirs issus de champs théoriques divers et dans la capacité à les intégrer dans une perspective disciplinaire infirmière.

Il est important de permettre aux futurs professionnels d'identifier leurs matrices de lectures des situations de soins, entre autres parce qu'elles conditionnent leurs présupposés, mais également leur analyse et leur plan d'actions dans ces situations.

Ce type de travail relève de la métacognition qui peut être envisagée comme « un processus cognitif en jeu dans la résolution de problèmes favorisant à la fois les apprentissages, le transfert et la motivation [...] peut être comprise aussi et plus philosophiquement, du côté de la distanciation et de la conscience de soi c'est-à-dire d'une pensée qui peut fonctionner de façon critique et réflexive » (Doly, 2006).

Les outils qui peuvent être utilisés sont :

- les situations emblématiques : ces situations représentent des classes de situations fréquemment rencontrées dans un lieu de soin. Elles possèdent des caractéristiques semblables. Ce sont des situations à choisir avec les professionnels des lieux de soins. Elles permettent une mise en lien entre les savoirs théoriques enseignés et la réalité des situations de soins. Elles tiennent compte de l'évolution dans l'apprentissage, c'est-à-dire que leur complexité évolue au cours de la formation. Par ailleurs, certains apports de connaissances, en lien avec ces situations, peuvent s'envisager collectivement (cours magistraux, en amphi ou vidéo, ou plateforme e-learning...). Le travail de l'enseignant/formateur est alors, de remobiliser ces connaissances acquises, dans les situations cliniques identifiées. Au fil de la formation, la complexité des situations augmente de même que les ressources utilisées par les étudiants. La combinaison de ces dernières permet alors, une analyse clinique plus fine des situations. Il est à noter qu'avec des modalités adaptées, cet outil peut également être mobilisé auprès des professionnels nouvellement arrivés dans un lieu de soin ;
- l'analyse de la pratique : comme citées précédemment, les situations repérées par l'étudiant favorisent une approche réflexive de sa pratique clinique et lui permettent d'envisager

d'autres possibilités en mobilisant des contenus théoriques divers, abordés au cours de la formation.

### **Une pratique clinique basée sur les connaissances scientifiques les plus récentes**

Une pratique clinique basée sur les données scientifiques les plus récentes impose un travail de fond auprès des étudiants, des professionnels et des formateurs :

- l'actualisation et l'enrichissement des cours des formateurs de manière systématique avec une bibliographie actualisée ;
- l'exigence d'une revue de la littérature et la citation de la bibliographie dans plusieurs travaux demandés aux étudiants en évaluation, et ce dès la première année ;
- des ateliers de lecture d'articles autour d'une problématique de service dans les unités de soins peuvent être un moyen peu coûteux d'entretenir cette culture scientifique ;
- le réexamen des exigences relatives au mémoire de fin d'études, dans le cadre de la réforme LMD, à l'instar de nos voisins européens. Certains pays travaillent désormais en formation initiale sur des revues de littérature à partir d'une problématique de soins ;
- l'analyse de situations cliniques en recherchant dans les banques de données des travaux de recherche traitant de la problématique rencontrée. L'utilisation notamment de la *Cochrane library* en français, puisque l'usage de l'anglais reste une difficulté, peut aider dans cette démarche. Par exemple lors de la réalisation d'un soin invasif auprès d'un nouveau-né en maternité comme le test de Guthrie, il est pertinent de rechercher les études scientifiques qui traitent de ce sujet et choisir les techniques préconisées qui correspondent le mieux à la situation rencontrée. Est-ce que l'enfant s'alimente au sein ? Au biberon ? Quelle est la méthode de prévention de la douleur à privilégier dans la situation rencontrée ?

### **Un apprentissage de la clinique dans l'interdisciplinarité**

Dans sa pratique quotidienne, l'infirmière est en interaction permanente avec différents professionnels avec lesquels elle collabore : des aides-soignants, des médecins, mais aussi des psychologues, kinésithérapeutes, assistantes sociales, diététiciennes, etc. Cette collaboration permet l'utilisation de compétences spécifiques et favorise la qualité de soins. L'interdisciplinarité peut alors se construire comme une pratique intégrative basée sur des échanges et des interactions de telle sorte que des stratégies réfléchies émergent des débats, lors de situations de soins complexes. La notion de cours communs aux diverses professions de santé fait un peu figure, dans notre milieu, de serpent de mer. Elle ne semble pas forcément opérationnelle si elle n'est pas adaptée aux finalités du métier. En effet, le degré de précision attendue dans un champ de connaissance, par exemple l'anatomie, diffère suivant l'usage qui en est fait ; les

besoins ne sont pas les mêmes suivant que l'on se destine à la profession d'infirmière, de kinésithérapeute ou de médecin. Cependant, des travaux dirigés autour de situations de soins avec des approches interdisciplinaires peuvent permettre d'identifier les spécificités de chacune des professions et les complémentarités d'action.

### **Un apprentissage qui prend en compte les savoirs issus de l'expérience**

Dans une formation en alternance, l'étudiant construit progressivement les éléments de ses compétences à partir des connaissances acquises au cours des enseignements théoriques donnés à l'institut de formation et des enseignements pratiques réalisés sur les lieux de stage.

Cependant, sur les lieux de stage, les savoirs qui sous-tendent les pratiques sont difficilement observables et demandent un travail « de repérage et d'explicitation », qui nécessite une description fine des gestes professionnels et des situations de travail (Perrenoud, 1998). Extraire ces savoirs issus de l'expérience clinique, peut aider les étudiants à repérer plus rapidement, les indicateurs dans la situation clinique, qui permettent à l'infirmière expérimentée d'ajuster ses actions, d'agir avec compétence. Cependant, pour être appris, tout savoir doit être apprêté, modifié, « didactisé », de façon à pouvoir être enseigné (Raisky, 1998).

La didactique professionnelle, qui a pour objet d'analyser l'activité au travail dans le but d'améliorer la formation professionnelle par le développement des compétences constitue une ressource à explorer pour les enseignants-formateurs. Cette approche, fondée par Pierre Pastré, postule que l'analyse du travail permet de mieux comprendre l'activité du sujet dans une situation particulière. Cette démarche peut être un préalable à la mise en place de dispositifs de formation. Elle s'inscrit dans un « processus de didactisation » qui est une réflexion à mener en rapport avec les situations pour apprendre. Elle consiste à aller observer les acteurs sur le lieu de travail, car pour la didactique professionnelle, l'action est considérée comme « située », c'est-à-dire qu'elle fait partie d'un environnement, et qu'elle est dépendante de circonstances matérielles et sociales.

Ainsi pour l'enseignant, l'analyse de certaines situations repérées comme situations de références ou emblématiques, ciblées par les infirmières du lieu clinique, permettent de construire des contenus de formation pertinents en lien avec la réalité des situations de travail. Cette approche favorise une coopération interprofessionnelle et une co-construction du dispositif de formation avec les professionnelles du lieu de stage. Le repérage de ces savoirs issus de l'expérience permet d'enrichir les enseignements, favorise le tissage, c'est-à-dire la mise en lien de la théorie et de la pratique, et permet à l'étudiant d'entrer dans une démarche de construction de ces savoirs.

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

Par ailleurs, les travaux du champ de la didactique professionnelle, centrés sur la profession infirmière, restent encore trop rares. Il paraît utile d'inviter les apprentis chercheurs, en master par exemple, à développer cet axe. Le développement de la clinique nécessite la réalisation de recherches sur l'activité de la clinique elle-même, mais aussi sur la pédagogie pour son enseignement et son apprentissage.

En conclusion, il nous paraît indispensable d'envisager la pratique clinique infirmière comme une activité intégratrice des savoirs et non plus comme une simple technique. À ce titre, elle devrait apparaître comme un axe central des projets pédagogiques des IFSI, mais également des projets de soins et de formation des établissements de santé et médico-sociaux.

Son apprentissage et son développement doivent probablement passer par l'établissement de partenariats soit nouveaux soit intensifiés entre instituts de formation et établissements de soins à la fois au bénéfice des étudiants en soins infirmiers, mais aussi des professionnels de santé.

Dans le cadre de la réingénierie du cursus de formation, l'évolution vers des champs de pratique avancée va nourrir, probablement, la naissance de masters spécialisés encore plus nombreux qu'à ce jour.

Développer la pratique clinique infirmière est un des axes indispensables pour l'amélioration de la qualité des soins.

## Culture scientifique et recherche

### ■ Introduction

Dans sa présentation, Diane Morin introduit la recherche au cœur du développement professionnel. Elle s'impose aux étudiants comme à toutes les infirmières et doit être intégrée dans un processus de formation du *bachelor* (licence) jusqu'au master. Elle permet de développer toutes les habiletés professionnelles : les pratiques clinique, managériale ou de formation, mais aussi la collaboration interprofessionnelle, la relation aux patients, la promotion de la santé ou encore l'éthique professionnelle.

Dans son intervention, Diane Morin affirme qu'il n'est pas possible d'isoler la compétence en recherche et qu'elle s'imbrique dans toutes les compétences infirmières. Le cadre de compétences CANMEDS 2005 permet d'identifier sept « rôles » se rattachant aux différentes activités infirmières, où la recherche trouve à chaque fois sa place :

1. rôle d'expert : au niveau *bachelor*, l'infirmière doit être capable d'identifier les besoins des personnes, délivrer et évaluer les soins de manière adaptée. Elle peut alors se servir d'échelles d'évaluations validées par la recherche, donner aux patients et à son entourage des

- recommandations pour le maintien d'un bon état de santé, sur la base des données scientifiques les plus récentes. Elle peut également participer à des projets de recherche et à la valorisation des résultats dans la pratique ou en formation ;
2. rôle de communicateur : l'infirmière doit être capable d'établir une relation de confiance avec les patients et leur entourage, favoriser une communication adaptée selon les situations. Elle doit pouvoir recenser et tracer les données utiles à la prise en charge de la personne afin de mettre en place des interventions infirmières pertinentes et favoriser le partage de savoir et d'expérience avec ses pairs. Être capable de diffuser les décisions et les meilleures solutions de prises en charge du patient sur la base de données probantes est une compétence en recherche ;
  3. rôle de collaborateur : l'infirmière au niveau *bachelor* doit pouvoir s'intégrer dans une équipe pluriprofessionnelle en étant au clair avec ses responsabilités, participer à des groupes de travail et aux prises de décisions, en accord avec son éthique professionnelle ;
  4. rôle de manager : l'infirmière doit être capable de délivrer des soins en se situant dans le cadre légal et institutionnel. Elle participe à l'évaluation des normes de qualité des soins en se basant sur des données scientifiques, repère les besoins en innovation et les défend. Elle utilise les outils de technologies de l'information et contribue au développement de sa carrière professionnelle ;
  5. rôle de promoteur de la santé : l'infirmière doit être en capacité de s'engager pour le maintien de la qualité de vie et favoriser pour les patients et leurs proches l'utilisation des moyens leur permettant la prévention des maladies et la préservation de leur santé ;
  6. rôle d'apprenant et de formateur : l'infirmière doit être en mesure de développer et maintenir ses compétences, s'impliquer activement dans l'accompagnement et l'encadrement des étudiants, en mobilisant les données scientifiques nécessaires. Elle analyse sa pratique professionnelle, et complète ses connaissances à la lumière des dernières données scientifiques basées sur des preuves. Elle identifie également des problématiques qui peuvent donner lieu à développer des projets de recherche dans le but d'améliorer et faire avancer les pratiques de soins ;
  7. rôle de professionnel : l'infirmière doit pouvoir exercer dans le respect d'une éthique professionnelle envers les patients et son entourage. Elle représente ainsi la profession et doit pouvoir contribuer au développement de celle-ci, notamment en cultivant un esprit critique et constructif permettant d'évaluer les pratiques professionnelles, au bénéfice des personnes soignées.

Au niveau master, les infirmières doivent être en capacité d'approfondir chacun de ces rôles, de s'engager dans une démarche de recherche et d'identification des problèmes à résoudre, réfléchir et apporter des solutions, des stratégies adaptées, sur la base de données probantes. Elles auront également un rôle de conseil en matière de recherche et développeront un positionnement qui s'inscrit dans les

avancées de la politique de santé, jouant un rôle actif dans les prises de décisions. Elles s'appuieront alors sur les données de la recherche et les connaissances basées sur des preuves pour argumenter leurs positions, initier des projets de changement.

Se pose alors la question centrale : la recherche est-elle une compétence isolée ou est-elle une compétence transversale dont les différentes composantes s'imbriquent et se développent au sein de toutes les compétences infirmières ?

Les objectifs de cet atelier ont été de susciter les échanges et discussions à partir des points suivants :

- établir des liens entre production des connaissances scientifiques, leur enseignement, leur diffusion et la pratique clinique ;
- développer des capacités d'analyse critique des résultats de recherche ;
- développer des capacités d'intégration des résultats de recherche dans la pratique.

## Discussion

### Quelle expérience de l'usage et de la production des connaissances scientifiques pendant la formation initiale ?

Le référentiel de formation (Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier) comporte dix compétences professionnelles à acquérir au terme des 3 ans de formation. Deux d'entre elles sont en lien avec la recherche :

- Compétence 7 « Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle » ;
- Compétence 8 « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ».

En dépit de ces compétences, de l'intégration du dispositif de formation dans le cursus licence-master-doctorat et de l'émergence des Programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), l'acquisition d'une culture scientifique dans la profession est encore loin d'être gagnée.

Plusieurs constats ont émergé de la discussion entre les participants de l'atelier, dont la majorité étaient cadres formateurs en IFSI :

Beaucoup ignorent, au sein de la profession, les buts et la finalité de la recherche pour la pratique infirmière. Cette incompréhension limite le développement d'une posture professionnelle et scientifique des cliniciens et des formateurs fondée sur des résultats probants. Ce manque peut entraîner des conséquences néfastes et préjudiciables sur la qualité des soins.

De ce constat émergent plusieurs questions : quel usage les infirmières font-elles des connaissances scientifiques au cours de leur exercice professionnel ? Voulons-nous former des chercheurs et/ou des infirmiers qui mobilisent les connaissances scientifiques au lit du patient ?

Par ailleurs, les formateurs et les praticiens ne maîtrisent pas suffisamment la méthodologie et les outils de la recherche et éprouvent des difficultés d'accès aux bases documentaires. Parallèlement, les formateurs au sein des IFSI présents lors de l'atelier remarquent que les collègues ne s'appuient pas suffisamment sur des lectures d'articles scientifiques pour construire les unités d'enseignement (UE) et font peu référence aux théories de soins.

Le questionnaire s'est alors précisé sur l'intérêt pour la recherche, les parcours de formation et les compétences en matière de recherche, la capacité à l'enseigner, le rapport au savoir, la capacité à réaliser un projet de recherche...

Concernant la formation proprement dite à la recherche infirmière dans les IFSI, elle se décline aux 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> semestres, dans le cadre de l'unité d'enseignement 3.4 intitulé « initiation à la démarche de recherche ». Outre les contenus de cours et de travaux dirigés délivrés, les étudiants doivent valider cette UE par l'élaboration d'un résumé à partir d'un article scientifique (semestre 4) et la rédaction d'une note de recherche en lien avec le travail de fin d'études (semestre 6).

Cette initiation à la démarche de recherche se poursuit avec l'élaboration du travail de fin d'études ou mémoire, dès le milieu ou la fin de la deuxième année et durant toute la troisième année. Basé sur une approche le plus souvent qualitative, ce travail s'inscrit dans une perspective compréhensive afin d'explorer une situation professionnelle qui suscite étonnement et questionnement chez l'étudiant. Cette exploration s'appuie aussi bien sur le recensement d'écrits que sur une enquête exploratoire de terrain.

La production écrite et la soutenance à l'oral de ce travail de fin d'études permettent de valider au semestre 6 l'unité d'enseignement 5.6 « analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles ».

À noter que l'UE 1.2 « santé publique et économie de la santé » au semestre 3 est reliée directement à la recherche via l'épidémiologie illustrée de différentes enquêtes de type quantitatif.

L'UE 6.1 « méthodes de travail », délivrée au semestre 1 contribue à initier les étudiants à la recherche documentaire, aux méthodes de production de travaux écrits, à la lecture critique d'articles de presse professionnelle...

La formation comprend également une unité d'enseignement d'anglais, transversale sur les trois ans dont l'un des objectifs

est la lecture et la traduction d'articles professionnels... ce qui semble le plus souvent insurmontable, aussi bien pour les étudiants que pour les professionnels.

## ■ Préconisations

### Ce qu'il conviendrait de maîtriser à l'issue de la formation initiale

Les différents échanges au sein de l'atelier ont permis de dégager plusieurs axes et propositions concrètes, qui permettraient l'acquisition progressive d'une posture scientifique dès la formation initiale, vouée à se consolider au cours de l'exercice professionnel ou lors d'études de second cycle :

- être capable de réaliser une recherche documentaire dans les bases de données et de produire avec rigueur un référencement et une bibliographie dans les normes scientifiques demandées ;
- être capable de réaliser une lecture critique et analytique d'un article scientifique (la comparaison de plusieurs articles étant réservée au niveau master) ;
- être capable de lire un article scientifique en anglais ;
- être capable de réaliser un travail de fin d'études composé d'une revue de littérature sous la forme d'un article publiable répondant à une question professionnelle (le format pourrait être 1-3-25, c'est-à-dire : 1 page pour le résumé, 3 pages pour la synthèse des résultats mobilisables pour la pratique et 25 pages sous la forme d'un article publiable) ;
- être capable de repérer des mots clés, les concepts et de resituer le vocabulaire dans le champ des disciplines scientifiques mobilisées ;
- savoir décrire rigoureusement une situation afin de dégager des questions et des réflexions en mobilisant des connaissances clairement inscrites dans une discipline scientifique et les sciences infirmières en particulier ;
- développer un esprit de curiosité et être capable de classer, répertorier, critiquer, comparer, se questionner à partir de situations vécues confrontées à la littérature.

### Quelle culture et connaissances scientifiques développer ? Sur quelles bases scientifiques s'appuyer ?

Développer une culture scientifique avec tous les professionnels infirmiers implique de :

- posséder un socle commun de connaissances et de références scientifiques issues des sciences infirmières, sciences humaines et sociales, sciences de la vie. Ce socle commun doit permettre aux enseignants et formateurs d'acquérir un corpus fondamental de base, les incontournables concepts, théories, méthodes permettant l'enseignement et la formation des étudiants en IFSI et des professionnels en formation continue. On notera l'importance de développer un sentiment d'appartenance aux sciences infirmières par

l'usage d'un vocabulaire scientifique commun au sein de la discipline ;

- être rigoureux sur les termes employés qui doivent être toujours définis, expliqués et référencés dans des ouvrages scientifiques de type dictionnaire, encyclopédies, lexiques... et en particulier ceux issus des sciences infirmières ;
- s'appuyer sur des résultats de recherches empiriques à chaque séquence de formation et enseigner quelques théories intermédiaires infirmières utiles pour la pratique clinique et directement mobilisables dans les soins. L'épistémologie et les paradigmes peuvent ainsi prendre sens à différents moments de la formation et dans la pratique des soins.

### Concrètement quelques repères :

Une culture scientifique fondée sur les sciences infirmières nécessite de partager des références et ouvrages princeps communs. Cela demande aux formateurs de renouveler leurs cours, vocabulaire, méthodes... en priorité à partir d'ouvrages réalisés par des infirmières. Sans être exhaustif, une première sélection est proposée.

Les auteures de « La pensée infirmière » (Pépin, Ducharme, et Kérouac, 2010) retracent l'histoire des courants de pensée et paradigmes en sciences infirmières en soulignant les repères utiles pour la clinique, la formation et la recherche. L'ouvrage de référence en méthodologie de la recherche reste pour les infirmières francophones : « Fondements et étapes du processus de recherche, méthodes quantitatives et qualitatives » (Fortin, 2010). D'autres complètent cet ouvrage : « La recherche documentaire au service des sciences infirmières » (Favre et Kramer, 2013), « Statistique pour les infirmières » (Ancelle, Rothan-Tondeur, et Ivernois, 2013). L'acquisition d'un vocabulaire commun et rigoureux peut s'effectuer notamment grâce à ces deux ouvrages : « Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière » (Magnon et al. 2005), « Les concepts en sciences infirmières » (Formarier et Jovic, 2012).

D'autres références issues de disciplines des sciences humaines peuvent également compléter et aider à approfondir les apports théoriques des sciences infirmières : « L'apprentissage de l'abstraction » (Barth, 2001) ou encore « Méthodes des sciences sociales » (Grawitz, 2000). La fragilité des chercheurs d'une discipline récente les amène à vouloir écrire savant en utilisant un vocabulaire souvent jargonnel, alambiqué, abscond parfois prétentieux et pédant cachant mal un raisonnement scientifique non maîtrisé. Dans son ouvrage décomplexant « Écrire les sciences sociales », Howard Becker, 2004, nous montre les chemins d'une écriture scientifique rigoureuse, simple et lisible par le plus grand nombre.

Une proposition de création d'un répertoire d'articles utiles à l'enseignement et à la clinique a émergé dans l'atelier, l'ARSI entend se saisir de cette demande.

Chaque séquence pédagogique devrait se fonder sur le résultat de travaux scientifiques. Les sources et les références sur lesquelles s'appuient le formateur ou le clinicien devraient être explicitées, valorisées. Une bibliographie systématique, mise rigoureusement en forme selon les recommandations scientifiques de référence, sera fournie à la fin de chaque séquence pédagogique, elle pourra servir de modèle à l'étudiant. D'une façon cohérente, dès le début de la formation, chaque production de l'étudiant sera rigoureusement rédigée et référencée. Les enseignements et les pratiques cliniques doivent sans cesse être réinterrogés, actualisés à la lumière des données probantes et des résultats de recherche les plus récents (et pas seulement dans le champ des soins infirmiers). Les travaux des étudiants portant notamment sur des recherches bibliographiques peuvent y contribuer et ainsi être valorisés.

La répétition de différentes composantes du processus de recherche (recherche documentaire, lectures critiques d'articles, références bibliographiques, écriture et rédaction rigoureuse...) dès le début du cursus, au travers de différentes UE et séquences pédagogiques, par tous les formateurs, devrait permettre aux étudiants d'intégrer progressivement la démarche de recherche. Il s'agit de réunir les conditions pédagogiques favorables au développement de leur sentiment d'appartenance à une communauté scientifique et aux sciences infirmières en particulier et d'acquérir une posture professionnelle permettant sans cesse d'actualiser leurs connaissances à partir de travaux disciplinaires et interdisciplinaires.

Les séquences pédagogiques doivent sans cesse s'appuyer sur la pratique professionnelle afin de « démystifier » la recherche et rendre lisible le sens opérationnel des concepts et des théories de soins infirmiers. Les théories intermédiaires en sciences infirmières comme par exemple la théorie de gestion des symptômes sont précieuses en ce sens (Eicher et al. 2013). Les séquences doivent être en phase avec le niveau de l'étudiant afin qu'il voit clairement comment mobiliser les savoirs dans la pratique. La conceptualisation, la problématisation, l'abstraction doivent être des apprentissages particulièrement ajustés.

Les analyses de pratiques du portfolio et/ou les analyses réflexives menées en groupe restreint sont également des outils permettant d'initier le questionnement et la recherche documentaire. Ces analyses se centrent notamment sur la qualité de la description de la situation à analyser, invitant à développer un œil critique, à se positionner, se questionner, se référer à une revue de littérature... L'objectif étant de mettre en lumière les différentes articulations entre savoirs mis en jeux dans la situation et l'action. En parallèle, le formateur peut éventuellement se saisir de ces matériaux d'analyse de situation, d'échanges avec les groupes afin d'initier lui-même une recherche. Par exemple, à partir de l'expérience pédagogique, l'étude de Sylvie Paucard-Dupont, 2014, montre

comment l'utilisation de la carte conceptuelle peut révéler les stratégies de raisonnement clinique de l'étudiant et l'aider à prendre conscience de ses difficultés. Les formateurs peuvent se saisir de ces résultats pour modifier leurs actions pédagogiques pour l'apprentissage.

Enfin les formateurs sont invités à co-construire les contenus des unités d'enseignement avec les universitaires et vérifier que le sens de ces savoirs dispensés est bien lisible pour la pratique infirmière.

Les éléments évoqués pour le contexte de formation s'appliquent de la même manière dans les milieux cliniques.

Ces préconisations restent des pistes de travail qu'il convient de préciser et posent de nouvelles questions : quelles articulations des formations à la recherche au niveau licence, master et doctorat ? Quel travail de fin d'études exiger en formation initiale et comment trouver un équilibre entre recherche quantitative et qualitative ? Quelles stratégies développer pour valoriser la recherche infirmière ? Les formateurs devront-ils devenir des enseignants-chercheurs ? Quels liens entre la formation à la recherche et l'enseignement de la discipline ? Des infirmiers cliniciens doivent-ils devenir des praticiens-chercheurs ? Comment sont utilisées, réinvesties, valorisées, dans les milieux de l'enseignement et de la clinique, les compétences des infirmières titulaires de grades universitaires master et doctorat ?

En conclusion, développer une culture scientifique au sein de la profession infirmière et offrir une vraie place à la recherche reste actuellement un défi ambitieux, mais possible. Sortir de l'implicite et donner du sens voilà les maîtres-mots qui ressortent de cet atelier. Expliciter comment la recherche nourrit la clinique et les enseignements permettrait l'amélioration de la qualité des soins infirmiers et le développement d'une culture scientifique chez les infirmières. Cette visibilité rendrait accessible la science en général et les sciences infirmières en particulier aussi bien sur le terrain de la formation que de la pratique clinique.

La recherche s'avère donc à la fois une compétence transversale et spécifique qui contribue à développer une culture scientifique solide, durable et transmissible pour les générations actuelles et futures.

## Enseignement des sciences infirmières

### ■ Introduction

La réforme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier mis en œuvre depuis 2009 en France et valant grade de licence nécessite que les formateurs s'engagent dans une réflexion sur l'enseignement des sciences infirmières et

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

le développement d'une culture scientifique<sup>3</sup>. Dans cet esprit, les objectifs poursuivis dans l'atelier sont d'identifier les compétences utiles à l'enseignement des sciences infirmières dans les milieux de l'enseignement et de la pratique clinique et d'identifier les niveaux de formation nécessaires.

Le débat a mis en évidence la finalité suivante : l'inscription des sciences infirmières dans la pratique soignante ne pourra se réaliser qu'à travers la formalisation d'un cursus complet licence-master-doctorat en sciences infirmières.

Les intervenantes, Anne-Claude Allin et Sophie Breedstraet, ont posé les bases d'une réflexion articulée autour de trois questions : quelle formation pour les enseignants ? Quelles questions pédagogiques ? Comment atteindre l'objectif ?

Quelle que soit la discipline, la formation des enseignants doit développer des compétences pédagogiques et en particulier didactiques. Il semble nécessaire au sein des équipes enseignantes de trouver un équilibre entre une formation pédagogique pouvant prendre appui sur les sciences de l'éducation et une formation disciplinaire ancrée dans les sciences infirmières. Ces deux dimensions doivent être présentes au sein des équipes ayant la responsabilité de la formation des futurs professionnels. Une piste pour concilier ces deux pôles serait également, de travailler et s'appropriier ces deux approches sous la forme de formation continue.

Concernant les questions pédagogiques, il convient de s'interroger sur l'appropriation des écoles de pensée : comment les aborder ? Faut-il enseigner l'une d'entre elles en licence (bachelor) puis envisager une ouverture sur plusieurs autres en master ou bien diversifier les approches d'emblée ? Choisir d'aborder la formation par la simplification ou, au contraire, par la complexité ne va pas de soi. Il semble malgré tout que la diversité en début de cursus permettrait de mieux appréhender les situations de soins et par conséquent, les situations apprenantes, elles-mêmes inéluctablement complexes. Cependant, se pose la question de la transposition didactique des modèles et théories supports : les pratiques sociales de référence sont peu développées alors comment réussir à intégrer les connaissances dans la pratique soignante ? Une autre question émerge : quel sens les étudiants donnent-ils aux connaissances véhiculées par les écoles de pensée ? En entrant en formation, les représentations dominantes sont manifestement organisées à partir de l'idée que soigner relève d'une série d'actes et activités techniques, opérationnelles et moins d'une activité de la pensée. Cette dichotomie ne rend pas immédiatement visible l'indispensable approche des modèles théoriques qui fondent l'activité. Les intentions sous-tendues par les actions soignantes restent souvent intuitives, la conscientisation de l'apport des différentes écoles de pensée, comme la prise en compte des besoins ou le *caring*, à

la qualité des soins émerge peu dans le discours des étudiants et notamment dans les analyses de situation. Ici le travail en collaboration avec les milieux de soins est primordial. Un dispositif mis en place en Belgique permet de travailler avec les soignants cet aspect : il est proposé aux professionnels des lieux de soins d'effectuer le même travail que celui qui est demandé aux étudiants infirmiers afin de leur permettre de mieux appréhender les attendus. Ils sont accompagnés dans cette démarche par des formateurs. Une approche par la complexité semble donc pertinente, mais nécessairement articulée à la pratique soignante et bien entendu avec les acteurs des services de soins. Les questions posées vis-à-vis des étudiants peuvent également concerner les enseignants quant au sens donné aux dimensions théoriques et leur analyse critique.

Les possibilités pour atteindre l'objectif imposent plusieurs étapes. Les formateurs des instituts doivent se former aux sciences infirmières et à leur enseignement. Cela peut être effectué, notamment, par des professeurs invités ou par la formation à distance avec des universités étrangères, par des lectures et des discussions avec des collègues ayant déjà travaillé sur ces sujets. Il est également essentiel que quelques enseignants soient formés à un niveau master et doctorat en sciences infirmières. Il est également important d'instaurer une collaboration avec les milieux cliniques pour une intégration progressive des sciences infirmières dans la pratique des soins.

Valoriser les travaux de recherche des étudiants infirmiers est une des étapes possibles qui permettra de diffuser l'enseignement des sciences infirmières. De plus, les sujets suggérés par des étudiants peuvent ouvrir des pistes de travaux en sciences infirmières dont peuvent se saisir les étudiants en master et doctorat ou les professionnels pour construire leurs propres objets de recherche.

## ■ Discussion

Ces propos liminaires des intervenantes ont permis d'amorcer la discussion sur l'état des lieux de l'existant et la réponse aux questions posées :

- Qui sont et qui devraient être les enseignants-formateurs... ?
- Quels contenus doivent être maîtrisés ?
- Quel niveau de formation pour les enseignants ?

### **Qui sont et qui devraient être les enseignants-formateurs ?**

Les enseignants-formateurs sont des professionnels issus des soins infirmiers qui exercent dans les instituts de formation. Ils possèdent des compétences organisationnelles, relationnelles et pédagogiques. Actuellement, les enseignants-formateurs sont cadres de santé, parfois titulaires d'un master dans des disciplines diverses. Ce que l'on a coutume d'appeler la

<sup>3</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

« masterisation » des formateurs relève parfois de l'accès à la formation continue et s'inscrit dans des politiques institutionnelles (plan de formation), mais les initiatives individuelles sont également fréquentes. À ce titre, les formateurs concernés assument peu ou prou les conséquences de l'investissement tant pécuniairement que sur le plan de la disponibilité à trouver pour se former. Dans tous les cas de figure, l'engagement personnel s'avère conséquent et relève d'un choix engageant de celui qui souhaite se former au-delà de la sphère professionnelle.

Les enseignants-formateurs ne sont pas les seuls acteurs de la formation des étudiants, les universitaires et les professionnels des lieux de soins sont également impliqués. Il est urgent de rompre avec les clivages milieu pédagogique/milieu du soin trop souvent constatés. Les participants à l'atelier constatent que les professionnels des lieux de soins ne sont pas en opposition avec les enseignants: Pour continuer à aller dans ce sens, la mixité des missions est une piste envisageable. Créer des espaces de rencontre et de travail entre enseignants-formateurs et professionnels de milieux de soins, permettre un va-et-vient et que chacun des deux puisse investir les deux milieux doit permettre de développer les sciences infirmières dans les pratiques soignantes et ainsi, envisager une appropriation commune. Ainsi, il importe d'avoir une réflexion sur la constitution des équipes et l'alternance entre milieu de soin et d'enseignement. Différents modèles sont possibles et à discuter : des personnes qui ont alternativement des fonctions d'enseignant et de clinicien, des personnes avec des fonctions de clinicien-enseignant, des collaborations étroites entre enseignants et cliniciens, etc. La mobilité entre la pratique clinique et l'enseignement est plutôt à envisager sur la base des fonctions exercées qu'en référence au grade de cadre de santé.

L'alternance correspond à des secteurs d'activité principaux et concerne les enseignants. Mais il existe également l'alternance en formation qui est un dispositif permettant à l'étudiant de construire son propre savoir. Il s'agit donc de deux registres différents, qui se pensent et s'abordent différemment.

Selon Philippe Perrenoud, l'alternance qui se caractérise par un va-et-vient du futur professionnel entre deux lieux de formation, n'est pas formatrice en tant que telle. Elle représente, plutôt, une condition nécessaire à l'articulation théorie/pratique. Selon les institutions, les attentes par rapport à cette articulation ne seront pas les mêmes. On peut distinguer quatre modèles différents (Perrenoud, 2000, p. 3) :

- « Le stage comme terrain d'application, d'illustration d'une doxa ». Dans ce cas, le terrain est assujéti à une logique de formation conçue par les écoles ;
- « Le terrain comme socialisation professionnelle et appropriation des savoirs et gestes du métier ». Dans ce cas, l'apprentissage sur le terrain se fait en parallèle de l'apprentissage en institut, comme s'il existait deux programmes ;

- « Une épreuve où se rencontrent et se marient des savoirs rationnels et l'expérience ». On se situe ici dans un registre initiatique, puisque le lieu de stage est investi comme une confrontation à la réalité, à l'institution et à soi-même ;
- « Une composante d'une démarche clinique et réflexive ». Le terrain de stage n'est pas considéré comme un lieu d'application, mais plus comme un lieu où peut se développer une posture réflexive. Celle-ci favorisant des réponses adaptées face à la complexité des tâches et des situations.

Pour cet auteur, l'alternance peut donc être une symbiose, entre lieu de stage et institut de formation. Elle est une composante indispensable de la formation, car elle participe à la construction du savoir. Pour atteindre cet objectif, il s'agit de pouvoir mettre en synergie les compétences des enseignants-formateurs et celles des professionnels des lieux de soins au service d'une compréhension des situations cliniques et de la pratique à l'aide de modèles de référence maîtrisés par chacun. Les modèles de référence doivent être rendus visibles par les enseignants-formateurs non seulement pour les étudiants, mais aussi pour les professionnels des lieux de soins afin qu'ils puissent servir de base de réflexion à l'activité soignante.

### **Quelles missions doivent être réalisées par les enseignants-formateurs ?**

L'enseignement des théories et concepts en soins infirmiers est à maîtriser ainsi que les différentes méthodes pédagogiques afin de pouvoir s'inscrire dans un des attendus du référentiel de formation qui est de privilégier la pédagogie différenciée. L'idée ici est de mettre en avant l'importance de la diversité dans les approches enseignantes afin de favoriser la pédagogie différenciée. Ainsi, il est important de rendre visible la diversité des méthodes pédagogiques (jeux de rôle, théâtre forum, ateliers de simulation...) ; les dispositifs d'enseignement favorisant la co-production entre étudiants (travaux dirigés (TD), analyse de groupe, construction de projet...). L'enseignant-formateur doit être en capacité de proposer l'analyse de situations professionnelles diversifiées. L'éveil de l'esprit scientifique de l'étudiant en l'inscrivant dans une démarche de recherche en soins est également une de ses missions.

Mais avant tout, l'enseignant-formateur est un créateur qui est en capacité de construire des dispositifs d'apprentissage axés sur l'étudiant. D'après Philippe Meirieu, il ne faut plus se poser la question : « qu'est-ce que je vais leur dire ? », mais « qu'est-ce que je vais leur demander de faire ? » (2005, p.38). Adopter cette démarche, c'est favoriser l'appropriation et la conscientisation des savoirs savants par l'étudiant. Selon Jean-Jacques Bonniol, l'appropriation et la conscientisation, correspond « à une autre perspective qui peut conduire vers des objectifs plus ambitieux que ceux sur lesquels les formateurs travaillent habituellement : objectifs de modification, bien sûr, des pratiques, des représentations, des attitudes devant les problèmes ; mais peut-être, autant

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

centrés sur les processus vivants qui sont à l'œuvre dans une entreprise d'apprentissage, que sur les procédures conviées qui font l'objet de ces apprentissages ». Les questions relatives à l'enseignement et aux modalités pédagogiques sont également à mettre en débat en fonction des résultats de travaux réalisés.

Il apparaît donc important de permettre à l'étudiant d'acquérir les différents savoirs théoriques issus de disciplines diverses (sciences infirmières, médecine, pharmacie, psychologie, sociologie, anthropologie...) et d'apprendre à les mobiliser dans des situations de soins.

## Quels contenus doivent être maîtrisés ?

Un des points qu'il importe d'éclaircir dans la construction des contenus pédagogiques est la différence entre sciences infirmières, discipline infirmière et profession : de quoi parle-t-on ? L'absence d'un cursus LMD peut expliquer le flou qui entoure cette question. Le débat épistémologique qu'elle requiert s'impose comme une condition *sine qua non* de la définition des contenus à maîtriser.

Une question essentielle se pose : quelle maîtrise faut-il avoir, celle des savoirs disciplinaires, celle des savoirs scientifiques ou celle des savoirs professionnels ? Dans le cursus LMD quels niveaux de formation souhaite-t-on pour chacun ? L'ingénierie de formation devra tenir compte de ces niveaux attendus. De même, le niveau d'acquisition concernant les contenus disciplinaires suppose d'en envisager la progression dans le cursus.

Actuellement sur le plan de la pédagogie, il existe beaucoup de créativité et de méthodes favorisant les apprentissages, mais le point crucial qui reste à travailler se situe sur le plan disciplinaire. Un effort majeur est à faire dans ce sens. Autrement dit, la question centrale est de clarifier l'enseignement disciplinaire la pédagogie devant être à « son service ».

## Quels niveaux de formation pour les formateurs enseignants ?

Si l'ambition est d'inscrire la formation dans un cursus LMD, alors il est impératif que les niveaux de formation des enseignants-formateurs doivent être différents selon les niveaux de formation des étudiants. Concrètement, les enseignants doivent être au minimum titulaires du grade de master pour la formation initiale, d'un doctorat pour la formation en master, d'une habilitation à diriger des recherches (HDR) pour les doctorats. La formation des enseignants-formateurs doit être envisagée par et avec des pairs dans une dimension internationale. L'espace francophone constitue un premier niveau de ressources.

Puisque l'accompagnement de l'adulte en formation se fait dans les deux milieux, alors il est nécessaire de mettre en

évidence un socle commun au milieu pédagogique et au milieu du soin.

## ■ Préconisations

Au sein de cet atelier, la discussion a fait place à quelques préconisations : promouvoir un cursus LMD, articuler théorie-pratique en maîtrisant les contenus, avoir une dénomination et une formation appropriées aux trois cycles d'un cursus universitaire.

## Promouvoir les sciences infirmières à l'université

Comme vu précédemment, il est important que la mise en place d'un cursus LMD complet puisse voir le jour en collaboration avec les universités. Actuellement, certains dispositifs commencent à se mettre en place, mais cela reste du domaine de l'exceptionnel et non inscrit dans une politique nationale<sup>4</sup>.

Les pistes d'actions stratégiques pour promouvoir un cursus universitaire complet sont notamment :

- l'inscription des enseignements dans les politiques de santé publique en tenant compte de l'évolution de l'offre de soin (soins à domicile, chirurgie ambulatoire...) et de la nécessité d'adapter les sciences infirmières à des pratiques soignantes en mouvance ;
- s'appuyer sur les données probantes pour donner de la visibilité à l'existant, mettre en avant l'efficience et l'impact des niveaux de formation et de la qualification sur la qualité et sécurité des soins ;
- développer un réseau avec les associations d'étudiants, de patients et les politiques locales ;
- prendre appui sur les expériences internationales et européennes (ex : FINE Europe, LMD : projet européen Tuning) afin d'instaurer une logique de partenariat ;
- inscrire les travaux de recherche des étudiants dans les axes de travail des Agences régionales de santé (ARS), Directions régionales de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), laboratoire de recherche universitaire, etc.

## Mettre en œuvre une articulation théorie-pratique avec maîtrise des contenus

Les enseignants-formateurs doivent clarifier la terminologie : sciences infirmières-discipline infirmière et profession.

Les compétences communes aux enseignants-formateurs et aux professionnels des milieux de soins se situent dans la

<sup>4</sup> On observe un certain nombre d'initiatives locales, qui se traduisent par des mentions « sciences infirmières » ou « recherche en soins infirmiers » intégrées à des masters existants.

maîtrise d'un socle disciplinaire qui correspond aux unités d'enseignements en lien avec les sciences et techniques infirmières : fondements, méthodes et interventions. Celles-ci doivent être maîtrisées par les deux milieux et transposées dans les pratiques soignantes ou utilisées comme grille de lecture des pratiques soignantes.

La collaboration étroite entre enseignants-formateurs et professionnels des milieux de soins peut permettre de développer les compétences collectives pour former une équipe « totipotentielle » c'est-à-dire une équipe qui va s'appuyer sur des compétences complémentaires pour accompagner l'étudiant dans son processus de professionnalisation. Cela pourra se réaliser dans le développement des coopérations entre les différents experts (cliniciens, pédagogues, etc.) dans et entre milieux (instituts et lieux de soins). Ainsi, se mettront en jeu les compétences en ingénierie de formation et en organisation et coopération de l'enseignant-formateur.

Identifier un savoir dans la pratique, ne va pas de soi. C'est une démarche difficile à réaliser. Le lien ne se fait pas spontanément. D'autant plus que même, le simple fait de formuler ses difficultés est ardu pour un étudiant. Pour Philippe Meirieu « apprendre c'est naître à autre chose, découvrir des mondes que nous ignorions jusque-là. Apprendre c'est voir vaciller ses certitudes, être déstabilisé et avoir besoin, pour ne pas se perdre ou se décourager, de repères stables que seul un professionnel de l'enseignement peut fournir » (2005. p. 17). Il est fondamental que l'enseignant-formateur maîtrise les méthodes pédagogiques, didactiques spécifiques appliquées à la discipline, ainsi que l'ingénierie de la formation et la recherche. Toutefois, le professionnel du lieu de soin doit lui aussi avoir un haut niveau de compétence clinique et/ou en recherche qu'il va devoir transmettre aux étudiants.

Pour les enseignants-formateurs, il s'agit d'intégrer et rendre visible les sciences infirmières dans la pratique quotidienne et d'accompagner les parcours de formation des adultes apprenants.

Pour les professionnels des milieux de soins, il s'agit de rendre visible les savoirs relatifs aux sciences infirmières et les savoirs d'expériences. La capacité de l'enseignant-formateur à construire des contenus de formation correspondant à des situations professionnelles de référence et d'utiliser des situations de travail comme support pour la formation des compétences directement en lien avec des théories de soins permet à l'étudiant « d'apprendre des situations » et conscientiser les savoirs expérimentiels acquis en stage, comme décrit par Pastré.

Cela évoque nécessairement les contenus devant être maîtrisés pour enseigner les sciences infirmières, mais au-delà des contenus il faut être en capacité de développer chez l'étudiant une vision systémique. Un appui sur des publications

montrant l'intégration et l'utilisation des théories dans la pratique est un excellent moyen d'y parvenir.

S'il est important d'avoir une complémentarité entre les lieux de formation et les lieux de soins, il faut aujourd'hui construire une dyade : lieux de soins et université, accentuant les liens entre soins, recherche, savoirs formalisés et formation.

### **Avoir une dénomination et une formation appropriée à un cursus universitaire (LMD)**

Nous n'avons pas fait de distinction entre les termes enseignant et formateur, car il nous a semblé moins important de trancher entre ces deux dénominations que d'avoir enfin une terminologie appropriée aux niveaux de formation et qui pourrait se composer de titres, rôles, profils différents en fonction des paliers et des lieux de formation. Les termes habituellement utilisés dans les milieux de l'enseignement supérieur en France et à l'étranger sont : maître de conférences/maître d'enseignements, professeur. Pour des intervenants occasionnels, les fonctions d'enseignement sont dénommées, par exemple : chargé de cours, de travaux dirigés (annexe 4).

Alors tout naturellement le niveau de formation attendu pour les enseignants-formateurs en IFSI ne sera peut-être plus le titre de cadre de santé, mais bien davantage d'affirmer une logique LMD avec au minimum un grade de master. Dans la même logique, des professionnels des milieux de soins et notamment ceux participant à la formation des futurs professionnels, devront également avoir des niveaux de formations académiques éventuellement avec des niveaux variables en fonction de la maîtrise de domaines plus ou moins restreints et/ou des niveaux de complexité de situations gérées tels : un master de pratique avancée, un Diplôme d'université (DU), Diplôme interuniversitaire (DIU), un certificat clinique.

## **SYNTHÈSE**

### **Les ateliers : contenus et stratégies**

Les résultats des travaux montrent une réflexion riche et approfondie, des points de vue parfois contrastés. La recherche d'un accord permet de poser le principe d'une inscription des sciences infirmières dans une logique universitaire (LMD) soulignant une progressivité des enseignements et des pratiques professionnelles. Un changement de modèle s'impose.

Les contenus identifiés constituent une base commune à toutes les infirmières françaises s'inscrivant dans la discipline, par nature, de dimension internationale. Ce

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

socle pourra être complété ultérieurement. Les stratégies possibles pour soutenir le développement des sciences infirmières à partir des travaux du séminaire se déclinent à des niveaux différents ; certaines nécessitent des appuis dans le champ disciplinaire, d'autres dans le domaine professionnel.

Une première synthèse des travaux en atelier, permet de retenir les éléments suivants :

## - ce que chaque infirmière doit savoir ou connaître :

- les contenus de la discipline : plusieurs modèles, paradigmes, auteurs ;
- l'histoire de la profession, de la discipline et des sciences infirmières ;
- quelques points de repères en histoire des sciences (pour se situer) ;
- les savoirs, techniques et méthodes disciplinaires et ceux d'autres disciplines utiles pour analyser les situations de soins ;
- l'utilisation des résultats de recherche (lecture, analyse critique) utiles pour développer les pratiques ;
- un vocabulaire commun, approprié, précis, si possible référencé : un seul terme pour nommer chaque chose ;

## - ce que chaque infirmière doit faire :

- utiliser des recherches et des contenus disciplinaires dans les pratiques ;
- assurer une veille documentaire et suivre l'actualité professionnelle et scientifique dans son domaine d'activité ;
- se situer dans l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité ;
- communiquer, rendre visible (sortir de l'implicite) : sources, auteurs, activités, méthodes, procédés, appuis théoriques ;
- rendre publiques les initiatives innovantes (ex : approche par expérimentation) ;
- utiliser le vocabulaire approprié (scientifique, professionnel) : il ne suffit pas de le connaître, mais savoir l'utiliser concrètement ;
- inscrire ses actions dans une dimension politique de construction de la profession en synergie avec la discipline.

## - comment s'y prendre ? Comment faire ?

- inscrire et intégrer de manière transversale les sciences infirmières dans toutes les formations s'adressant majoritairement ou spécifiquement aux infirmières, quel que soit le diplôme ou le grade (initiale, cadre, spécialisé, DU divers et master) ;
- valoriser l'utilisation des modèles, théories ou concepts de soins infirmiers dans les travaux des étudiants infirmiers et les écrits professionnels ;
- envisager, durant une période transitoire, des cours de « mise à niveau » (master et doctorat, les infirmiers déjà titulaires d'un doctorat) ;
- s'appuyer sur les infirmiers de pratique avancée pour porter cette nouvelle dynamique dans les milieux cliniques : comment va-t-on pouvoir soutenir leurs positions, reconnaître leurs missions ?
- accéder aux banques de données ;

- vérifier si des travaux infirmiers répondent aux questions relatives aux soins et, le cas échéant, les utiliser et les faire connaître ;
- établir des stratégies de publication (ex. co-auteurs : les personnes ayant contribué au travail, le directeur de recherche lors d'une publication à partir d'un mémoire ou d'une thèse...) pour capitaliser des points permettant une certaine reconnaissance scientifique via la bibliométrie (points SIGAPS pour les établissements de santé, *impact factor* pour les revues scientifiques, classement des chercheurs...);
- établir des collaborations et des partenariats avec les collègues d'autres pays, les institutions (universités, Agence régionale de santé (ARS), hôpitaux, laboratoire de recherche, groupe d'influence, réseaux....) ;
- suivre et/ou participer aux travaux de sociétés savantes, lieux d'échanges et de constitution des savoirs ;
- mener des projets permettant une construction disciplinaire de façon concertée sur le territoire national (formations, organisations de soins...) : dépasser les difficultés à organiser un master ici ou là en partageant les expériences pour aider et construire plus vite ;
- appuyer la recherche sur des questions et des besoins relatifs aux problématiques de santé, de soins, des modes d'exercice et de dispensation des soins (problématiques données par des ARS, des Observatoires régionaux de santé (ORS), des services de soins, des associations de patients...);
- investir les champs en évolution : promotion de la santé, maladies chroniques, soins ambulatoires et soins à domicile, vieillissement, troubles du comportement, etc. Acquérir une bonne lecture ou développer des capacités de lecture approfondie des besoins de santé de la population et du système de santé, repérer les initiatives locales individuelles ou collectives dans les secteurs en évolution (santé primaire, maison de santé, éducation pour la santé...).

Il est temps d'y aller ! La production précise et pragmatique des ateliers atteste d'un bon niveau d'appropriation du sujet, d'une maturité dans la manière de le traiter, mais aussi d'une certaine urgence à mettre en œuvre les préconisations. Les rapporteurs ont réussi le difficile travail de restituer le contenu des ateliers « à chaud » le matin du deuxième jour. Le travail de mise en forme est réalisé dans la semaine suivant le séminaire. Il permettra une diffusion rapide des travaux pour qu'un plus grand nombre se les approprie et réussisse à faire avancer la discipline en France. La question centrale demeure : comment crée-t-on les conditions de cette réussite ? Sans doute cela passe-t-il par un bon décryptage des maillages politiques et le développement des initiatives locales et régionales construites, structurées et partagées.

## Les échanges en séance plénière

Comment structurer l'enseignement des sciences infirmières et s'approprier la discipline dans tous les milieux d'exercice ?

La question de la stratégie globale est clairement posée, des tactiques et des pistes d'action évoquées. Elles portent sur divers aspects tels que les collaborations, les actions collectives, la visibilité des activités et des compétences, la reconnaissance des pairs, la synergie entre discipline et profession. Des pistes d'actions stratégiques concrètes, selon les différents aspects, sont les suivantes :

**- les connaissances et les compétences :**

- s'appuyer sur les connaissances scientifiques (ex. résultats de travaux, *Evidence Based Nursing*) pour défendre des positions en clinique (ex. Revues morbi-mortalité (RMM)), ou lors de formations (exemple des soins palliatifs) ;
- s'appuyer sur les compétences des infirmières performantes et identifiées comme expertes ;

**- la reconnaissance des pairs :**

- valoriser les compétences des infirmières des différents domaines d'activité ;
- proposer la participation des infirmières en fonction des compétences pour répondre aux sollicitations : enseignements, groupes de travail, comités, expertises, etc. ;

**- les collaborations et les actions collectives :**

- mettre en commun les différentes actions et expériences sur le territoire en particulier les initiatives relatives à la création de masters ;
- coopérer avec d'autres métiers (médecin, kinésithérapeute...) à l'image des actions réalisées par la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI) ;
- montrer que tout le monde est concerné par la formation : enseignants-formateurs et professionnels, en particulier pendant la période de transition en favorisant les parcours gradués à côté de parcours plus linéaires ;
- avancer sur un modèle de formation professionnelle permettant un lien fort entre université et lieux d'exercice professionnel incarné par la coopération « formateurs-exercice clinique en situation » ;
- s'organiser « en masse », faire du lobbying ;

**- la visibilité :**

- rendre visible les infirmières possédant des grades universitaires (master et doctorat) :
  - signer les articles en indiquant le niveau de formation ;
  - mettre en évidence les formations universitaires dans les rapports d'activité ;
- inscrire l'ensemble de la filière de formation dans le domaine « santé » avec la mention « sciences infirmières » ;
- défendre le fait que les infirmières représentent un nombre important d'étudiants et donc une manne financière potentielle conséquente pour les universités ;

**- la transition vers de nouveaux modèles :**

- penser la phase intermédiaire : faire reconnaître chaque expertise professionnelle par un diplôme (DU par exemple) ;
- préparer le « terrain » pour les évolutions, les nouveaux modes de pratiques, et protéger les professionnels pour construire sans faire peur, mais en étant volontariste et en sachant qu'on n'est jamais complètement prêt au changement.

Toutes les actions, quelle que soit leur portée, sont à inscrire dans une stratégie globale visant la même finalité. Certaines relèvent de tactiques des « petits pas » directement opérationnelles et pouvant être réalisées par chacun dans son domaine d'activité (publications, modifications des enseignements, positionnement clinique, utilisation d'un vocabulaire commun...). D'autres actions visent des objectifs intermédiaires pour atteindre des paliers ou poser des jalons (homogénéisation des actions pour la création de masters sur le territoire national jusqu'à la reconnaissance des infirmières de pratique avancée, actions des infirmières répondant aux besoins d'une population sur un territoire de santé...). D'autres encore nécessitent des organisations professionnelles (actions politiques et lobbying qui visent le développement de l'enseignement des sciences infirmières et la reconnaissance des compétences spécifiques des infirmières quelles que soient leurs fonctions et leurs missions). Il convient d'inscrire toutes ces actions dans une vision supranationale et de s'appuyer sur les instances représentatives et en particulier l'Ordre national des infirmiers.

Le changement nécessitera des négociations et il faudra être clair sur les compromis acceptables, les éléments à abandonner et ceux à gagner. Les difficultés pour s'adapter seront réelles comme dans tout changement d'envergure, mais c'est moins difficile quand ils ont été anticipés.

Les derniers débats à l'issue des travaux montrent des perspectives beaucoup plus larges que les objectifs initialement posés en début de séminaire. Une fois les travaux du séminaire rendus publics, une étape sera franchie, d'autres se dessinent : quelles coopérations et quelle synergie développer entre discipline et profession ?

## CONCLUSION

Le but et les objectifs du séminaire et les modalités pour les atteindre étaient ambitieux. Les éléments de discussion et les préconisations permettent de proposer un socle commun à acquérir durant la formation initiale et par toutes les infirmières quel que soit leur milieu de pratique. Ils fournissent les éléments pour l'enseignement des futurs professionnels et ceux en exercice. Ce socle commun est à mettre en perspective avec un cursus universitaire complet et une dimension internationale de la discipline.

Par ailleurs, la clarification dans le contexte français des sciences infirmières dans une perspective concrète est de nature à rendre visible la contribution singulière des infirmières au système de santé. Cette visibilité permettra aux autres professionnels avec lesquels les infirmières collaborent à mieux situer leur action et à enrichir les analyses cliniques interdisciplinaires ainsi que les actions interprofessionnelles. Ces éléments concrets peuvent aussi être utiles aux

institutions (ministère, ARS...) pour mobiliser de façon pertinente les infirmières dans la réponse aux besoins de santé et les organisations de soins.

Compte tenu des enjeux de santé publique, il est nécessaire que collectivement, tous les acteurs de santé se saisissent des éléments issus des travaux de ce séminaire pour continuer les débats permettant des mises en œuvre rapides et des prises de décisions éclairées.

## Références bibliographiques

Les références bibliographiques sont présentées de façon thématique en fonction de celles des ateliers, mais elles sont complémentaires.

### Histoire des infirmières, des sciences infirmières et des soins infirmiers

CHEVANDIER C. Infirmières parisiennes : 1900-1950, émergence d'une profession. Paris : Publications de la Sorbonne ; 2011 : 310.

COHEN Y. Profession infirmière : une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2000 : 322.

COHEN Y, PEPIN J, LAMONTAGNE E, DUQUETTE A, editors. Les sciences infirmières : genèse d'une discipline. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2002 : 336.

COLLIERE MF. Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris : InterEditions ; 1982 : 391.

COLLIERE MF, DIEBOLT E. Pour une histoire des soins et des professions soignantes. Lyon : AMIEC public ; 1988 : 300. (Cahiers de l'AMIEC, 10).

DAVIES C. Gender and the Professional Predicament of Nursing. London : Open University Press ; 1998 c1995 : 220.

DODD D, GORHAM D, editors. Caring and Curing : historical perspectives on women and healing in Canada. Ottawa : University of Ottawa Press ; 1994.

DIEBOLT E, N. FOUCHÉ. Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? : (1854-1938). Paris : Editions Publibook ; 2011 : 336.

FOUCAULT M. Naissance de la clinique. 8<sup>th</sup> ed. Paris : P.U.F ; 2009 c 1963 : 240.

KNIBIEHLER Y, HESS O. Histoire des infirmières : en France au XX<sup>e</sup> siècle. Paris : Hachette ; 2011 : 441. (Pluriel)

LAIN ENTRALGO PL. Le médecin et le malade. Paris : Hachette ; 1969. (L'univers des connaissances).

LEROUX-HUGON V. Des saintes laïques : les infirmières à l'aube de la troisième République. Paris : sciences en situation ; 1992 : 225.

NADOT M. Le mythe infirmier : ou le pavé dans la mare ! Paris : l'Harmattan ; 2012 : 250.

POISSON M. Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900). Vincennes : Ed. Hospitalières ; 1998 : 150.

MAGNON R. Léonie Chaptal : 1873-1937. Paris : Lamarre ; 1991 : 180.

MAGNON R. Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers : le bilan d'un siècle. Paris : Masson ; 2001 : 188.

STINGLHAMBER-VANDER BORGHT B. Infirmière : genèse et réalité d'une profession. 2<sup>nd</sup> ed. Bruxelles : De Boeck ; 1994 ; (Savoir et santé) : 291.

### Épistémologie, paradigmes

BENNER P. De novice à expert : excellence en soins infirmiers. Paris : InterEditions ; 1995 ; c1984 : 252.

CARPER BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv Nurs Sci. 1978 oct ; 1 : 13-24.

CHINN PL, KRAMER MK. A model for theory development in nursing [reprint]. In Nicoll LH, editor. (Ed.), Perspectives on nursing theory. JB Lippincott ; 1997.

CHINN PL, KRAMER MK. Theory and nursing : integrated knowledge development. St Louis, États-Unis : Elsevier Mosby ; 1999 : 265.

CHINN PL, KRAMER MK. Integrated knowledge development in nursing. St Louis, États-Unis : Mosby ; 2003 : 278.

CHINN PL, KRAMER MK. Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing. 8<sup>th</sup> ed. St Louis, États-Unis : Mosby ; 2010 : 288.

DALLAIRE C, editor. Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession infirmière. Ed. Gaëtan Morin ; 2008 : 488.

FAWCETT J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia : FA Davis Company ; 1995 c1984 : 576.

FAWCETT J. Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing theories. FA Davis Compagny ; 1993.

FAWCETT J. Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories. FA Davis Compagny ; Vol 1 : 2005.

FAWCETT J, DE SANTO-MADEYA S. Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories. 3<sup>rd</sup> Ed ; 2012.

FORMARIER M, JOVIC L, editors. Les concepts en sciences infirmières. 2<sup>e</sup> éd. Lyon : Mallet Conseil ; 2012 : 328.

PEPIN J, KEROUAC S, DUCHARME F. La pensée infirmière. 3<sup>e</sup> ed. Chenelière Education ; 2010, c1994 : 205.

LECHASSEUR K. Caractérisation de la mobilisation des savoirs par le biais d'une pensée critique par des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins. 4<sup>e</sup> Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Marrakech, Maroc. SIDIIEF ; 2009.

MELEIS AI. Theoretical nursing : Development and Progress. 5<sup>e</sup> ed. Lippincott Williams and Wilkins ; 2011 : 688.

## Apprentissage de la clinique

ALTET M. Les compétences de l'enseignant-professionnel : entre savoirs, schèmes d'action et adaptation, le savoir analyser. In Paquay L, Altet M, Charlier E, Perrenoud P, directeurs. Former des enseignants professionnels : Quelles stratégies ? Quelles compétences ? 4<sup>th</sup> ed. revue et actualisée. Bruxelles : De Boeck ; 2012, c1996 : 43-57.

BARBIER JM, editor. Savoirs théoriques et savoirs d'action. Paris : Presse Universitaires de France ; 1996 : 305. (Education et formation).

BECKERS J. Conceptualiser ses pratiques professionnelles : un complément à l'appropriation des savoirs de recherche In Perrenoud P, Altet M, Lessard C, Paquay L, Conflits de savoirs en formation des enseignants. Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2008 : 229-242.

Centre National de Ressources Textuelles et Linguistiques. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/> (Consulté le 10/10/2014).

CLOUTIER L, DELMAS P, DALL'AVA-SANTUCCI J, editors. La pratique infirmière de l'examen clinique. Bruxelles : De Boeck ; 2010 : 389.

Code de la Santé Publique. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20141014>. (Consulté le 14/10/2014).

DESAULNIER P, LETENDRE JF. La démarche clinique : un outil toujours d'actualité. Rech Soins Infirm ; 2006 Mar ; 84 : 4-10.

DOLY AM. La métacognition : de sa définition par la psychologie à sa mise en œuvre à l'école. Toupiol G. Apprendre et Comprendre. Place et rôle de la métacognition dans l'aide spécialisée. [en ligne] 2006. P.84-124. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00835076/document> (Consulté le 14/10/2014)

FORMARIER M. La clinique infirmière, une réalité à développer. Rech Soins Infirm ; 2008 Jun ; 93 : 10-13.

GERDEMAN JL, LUX K, JACKO J. Using concept mapping to built clinical judgment skills. Nurse Educ Pract. 2013 ; 13 : 11-17.

HABBOUB EM, LENOIR Y, TARDIF M. La didactique professionnelle et la didactique des savoirs professionnels dans la documentation scientifique : un essai de synthèse des travaux francophones. In Lenoir Y, Pastre P. Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat. Toulouse : Octarès ; 2008 : 21-52.

Haute Autorité de Santé. Rapport de mission : État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé : dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associées aux soins. [en ligne] 2012. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation\\_en\\_sante\\_-\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf) (Consulté le 6/10/2014).

JOVIC L. La consultation infirmière à l'hôpital. Rennes : Éditions de l'ENSP ; 2002 : 70.

JOVIC L. La clinique. In : Les Concepts en Sciences Infirmières. 2<sup>nd</sup> ed. Formarié M., Jovic L, éditeur. Lyon : Mallet Conseil ; 2012 : 104-108.

PERRENOUD P. Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Université de Genève. [en ligne] 2001. Disponible sur : [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2001/2001\\_32.html#begin](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_32.html#begin) Consulté le 05/10/2014).

PIAGET J. Réussir et comprendre. Paris : PUF ; 1974.

PIGUET C. L'autonomie dans les pratiques infirmières : une posture à clarifier au sein du système de santé. [en ligne] 2010. Disponible sur : <https://plone.unige.ch/aref2010/symposiums-courts/coordonateurs-en-n/co-construction-de-savoirs-singuliers-et-collectifs-une-perspective-de-sante-en-tension/Lautonomie%20dans%20les%20pratiques.pdf> (Consulté le 9/10/2014).

PERRENOUD P. La transposition didactique à partir de pratiques : des savoirs aux compétences. Laboratoire de recherche Innovation-Formation-Éducation : LIFE. [en ligne] 1998. Disponible sur : [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1998/1998\\_26.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_26.html) (Consulté le 08/10/2014).

PSIUK T, LAGIER C. L'apprentissage du raisonnement clinique. Bruxelles : De Boeck ; 2012 : 250.

RAISKY C. Construire une formation professionnelle par recristallisation : l'exemple des formations agricoles. In Sachot M. Le référentiel d'apprentissage et de formation : un outil didactique. Centre régional de documentation pédagogique de l'Alsace ; 1998 : 33-63.

SAMURCAY R, ROGALSKI J. Formation aux activités de gestion d'environnements dynamiques : concepts et méthodes. Éducation permanente. 1992 ; 111 : 227-242.

SAMURCAY R, DUREY A. Compétences, savoirs de références et outils cognitifs opératifs. In Samurcay R, Pastre P, editors. Recherches en didactique professionnelle. Toulouse : Éditions Octarès ; 2004.

TANNER CA. Thinking like a nurse : a research-based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Educ. 2006 Jun ; 45 : 204-211.

## Culture scientifique et recherche

ANCELLE T, ROTHAN-TONDEUR M, D'IVERNIS JF, éditeur. Statistique pour les infirmières. Paris : Maloine ; 2013 : 168.

AMIEC RECHERCHE. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. 3<sup>rd</sup> éd. revue et augmentée. Paris : Elsevier Masson ; 2005 : 333.

BARTH BM. L'apprentissage de l'abstraction. Paris : Retz ; 2004, c1987 : 255.

BECKER H. Écrire les sciences sociales. Paris : Economica ; 2004 : 180.

EICHER M, DELMAS P, COHEN C, BAERISWYL C, VIENS-PYTHON N. 2013. Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. Rech Soins Infirm ; 2013 Mar ; 112 : 14-25.

FAVRE N, KRAMER C. La recherche documentaire au service des sciences infirmières : méthodes et ressources. Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre ; 2013 : 191.

FORTIN MF. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. 2<sup>nd</sup> ed. Montréal : Ed. de la Chenelière ; 2010 : 656.

GRAWITZ M. Méthodes des sciences sociales. 11<sup>e</sup> éd. Paris : Dalloz ; 2001 : 1019.

PAUCARD-DUPONT S, MARCHAND C. Étude exploratoire du raisonnement clinique chez les étudiants en soins infirmiers à l'aide de la carte conceptuelle. Rech Soins Infirm ; 1 juin 2014 ; 117 : 85-112.

POISSON M, JOVIC L. Initiation à la démarche de recherche : Mémoire de fin d'études. Paris : Maloine ; 2011 : 106.

## Enseignement des sciences infirmières

MEIRIEU P. Lettre à un jeune professeur. 3<sup>rd</sup> ed. ESF ; 2014, c2005 : 126.

PASTRE P. L'analyse du travail en didactique professionnelle. Revue française de pédagogie ; 2002 ; 138 : 9-17.

PERRENOUD P. Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. Intervention dans le cadre du colloque « alternance et complexité en formation » Bordeaux ; mars 2000 : 16-18.

## Proposition d'une bibliographie d'ouvrages permettant une transposition théorie/pratique

ALLIN-PFISTER AC, editor. Situations d'urgence. Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2008 : 167. (Situations de soins).

ALLIN-PFISTER AC, editor. Situations de vie. Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2009 : 177. (Situations de soins).

ALLIN-PFISTER AC, editor. Situations de fin de vie. Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2010 : 171. (Situations de soins).

ALLIN-PFISTER AC, editor. Le guide du formateur : une approche par compétence. Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2011 : 329. (Fonction cadre de santé).

DAVIES B. LOGAN J. Lire des textes de recherche : guide convivial pour infirmiers et autres professionnels de la santé. 4<sup>th</sup> ed. Toronto, Canada : Elsevier Mosby ; 2012 : 62.

CARPENITO LJ. Plans de soins et dossier infirmier : diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration. 13<sup>th</sup> ed. Bruxelles : De Boeck ; 1997 : 848. (Erpi).

POLIT D, TANATO BECK C, LOISELLE C, PROFETTO-MCGRATH J. Méthodes de recherche en sciences infirmières : approche quantitatives et qualitatives. ERPI ; 2007 : 600. (Compétences infirmières).

JOUTEAU-NEVES C, LECOINTRE B, MALAQUIN-PAVAN E, editors. La consultation infirmière. Paris : Lamarre ; 2014 : 206.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS, COLLÈGE DES ACTEURS EN SOINS INFIRMIERS. L'infirmier(e) et les soins palliatifs. 3<sup>rd</sup> ed. Paris : Masson ; 2005 : 245.

Le numéro 93 de la revue RSI qui rend compte des résultats du congrès national infirmier et le numéro 100 qui rend compte de l'état de la recherche en soins infirmiers dans différents pays. Ces deux numéros sont disponibles sur les bases : <http://www.cairn.info/> et [http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Sommaire du N° 93 : http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2.htm#summary](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Sommaire%20du%20N%2093%20http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2.htm#summary)  
Sommaire du N° 100 : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-1.htm#summary>

## Annexe I.

### Les thèmes et les objectifs des ateliers :

#### Atelier 1 – Épistémologie et paradigmes des soins infirmiers

Animateur : Ljiljana Jovic

Intervenant : Johanne Gagnon

Rapporteurs : Michel Poisson, Marie-André Vigil-Ripoche

Objectifs	Questions
<ul style="list-style-type: none"><li>- Définir les modèles principes à connaître</li><li>- Connaître l'histoire et le contexte</li><li>- Identifier les auteurs principes</li><li>- Connaître les auteurs (lignée historique et actuelle)</li><li>- Être en mesure de faire une analyse critique des travaux des auteurs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Quels sont les modèles utilisés et enseignés ?</li><li>- Pourquoi ?</li><li>- En quoi ils construisent la discipline sciences infirmières ?</li><li>- Quels auteurs sont utilisés, enseignés ?</li><li>- Comment les modèles et les travaux des auteurs sont-ils enseignés ?</li></ul>

**Tableau 1.**  
**Épistémologie et paradigmes des soins infirmiers : objectifs et questions posées**

#### Atelier 2 – Apprentissage de la clinique

Animateur : Christophe Debout

Intervenant : Martine Novic

Rapporteurs : Anne-Marie Mottaz, Bruno Delon

Objectifs	Questions
<ul style="list-style-type: none"><li>- Identifier la spécificité de la clinique infirmière</li><li>- Mettre en évidence des modèles d'analyse clinique infirmière</li><li>- Identifier les modalités d'enseignement et d'apprentissage dans les milieux de l'enseignement et les milieux de soins</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comment définir la « clinique infirmière » ?</li><li>- Qu'est ce qui est utilisé et enseigné ?</li><li>- Quels sont les contenus, les savoirs, les méthodes, les techniques... qu'il faut maîtriser pour les activités cliniques ?</li></ul>

**Tableau 2.**  
**Apprentissage de la clinique : objectifs et questions posées**

#### Atelier 3 – Culture scientifique et recherche

Animateur : Elisabeth Noël-Hureaux

Intervenant : Diane Morin

Rapporteurs : Didier Lecordier, Dorsafe Bourkia

Objectifs	Questions
<ul style="list-style-type: none"><li>- Développer des capacités d'analyse critique des résultats de recherche</li><li>- Développer des capacités d'intégration des résultats de recherche dans la pratique</li><li>- Établir des liens entre production des connaissances scientifiques, leur enseignement, leur diffusion et la pratique clinique (intégration des nouvelles connaissances dans les pratiques, l'émergence des nouvelles questions de recherche).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Quelle culture et connaissances scientifiques développer ? Sur quelles bases scientifiques s'appuyer ?</li><li>- Quel niveau de maîtrise à l'issue de la formation initiale ?</li><li>- Quelle expérience de l'usage et de la production des connaissances scientifiques pendant la formation ?</li></ul>

**Tableau 3.**  
**Culture scientifique et recherche : objectifs et questions posées**

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

## - Atelier 4 – Enseignement des sciences infirmières

Animateur : Isabelle Rémy-Largeau

Intervenant : Anne-Claude Allin-Pfister, Sophie Breedstraet

Rapporteurs : Margot Tenza, Thierry Joutard

Objectifs	Questions
<ul style="list-style-type: none"><li>- Identifier les compétences nécessaires à l'enseignement des sciences infirmières dans les milieux d'enseignement et de pratique clinique</li><li>- Identifier les niveaux de formation nécessaires</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Qui sont et qui devraient être les enseignants, formateurs... ?</li><li>- Quels contenus doivent être maîtrisés ?</li><li>- Quel niveau de formation pour les enseignants ?</li></ul>

**Tableau 4.**  
**Enseignement des sciences infirmières : objectifs et questions posées**

## Annexe 2.

### Les rôles selon les fonctions des participants aux ateliers

Les rôles selon les fonctions :

- Animateur d'atelier :

- prépare l'animation de l'atelier : bonne connaissance du thème de l'atelier, information sur les intervenants et sur le contenu des interventions ;
- introduit l'atelier à partir du contenu des intervenants et donne les axes du travail ;
- anime l'atelier, veille à l'expression et à l'écoute bienveillante de chacun ;
- veille à ce que les débats soient centrés sur l'objectif de l'atelier ;
- fait la synthèse orale des conclusions des débats de l'atelier ;

- Intervenant(s) des ateliers :

- fait une présentation permettant d'introduire les débats ;
- propose un cadre de discussion ;
- apporte des éléments de réflexion ;

- Participant :

- prépare l'atelier en amont ;
- intervient de façon synthétique, concrète dans un esprit de propositions constructives en évitant les pièges de la polémique et de l'idéologie ;
- participe aux choix et orientations ;

- Rapporteur d'atelier :

- consigne les débats ;
- présente la synthèse lors de la séance plénière ;
- rédige la synthèse et les préconisations pour la publication.

### Annexe 3.

#### Synthèse des préconisations et des stratégies d'actions

Préconisations et stratégies d'actions	
<b>Épistémologie et paradigme des soins infirmiers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- instaurer et permettre les débats sur les aspects disciplinaires et professionnels dès la formation initiale ;</li> <li>- fonder l'enseignement de l'histoire de la profession et des soins infirmiers, voire de l'histoire de la pensée infirmière, sur une approche internationale pour mieux situer la situation de la France ;</li> <li>- faire une introduction générale à la science et à l'activité scientifique, la hiérarchie des connaissances, et la notion de métaparadigme à partir de quelques auteurs généralistes comme Fawcett, Pépin et al., Dallaire, Collière, mais aussi des auteurs plus particulièrement centrés sur les savoirs infirmiers comme Carper, Chinn et Kramer, ou Lechasseur ;</li> <li>- expliciter les trois grands paradigmes actuellement identifiés (catégorisation, intégration, transformation) aux étudiants, de même que l'ensemble des écoles de pensée répertoriées à ce jour et s'insérant dans ces paradigmes ;</li> <li>- décrire des différents types de théories (à large spectre, intermédiaires ou pratique) permettant aux étudiants de mieux se situer dans ce monde de l'abstrait, par l'étude des possibilités de mise en relation plus ou moins directes de ces champs théoriques avec la pratique professionnelle ;</li> <li>- choisir d'approfondir au moins un auteur par paradigme, ceci jusqu'à l'opérationnalisation du modèle dans la pratique professionnelle. L'enseignement comprendrait impérativement l'approche critique des travaux de l'auteur et la mise en débat de cette approche avec les autres théories enseignées ;</li> <li>- mettre à profit les unités d'intégration des connaissances, mais aussi la partie relative aux sciences et techniques infirmières du référentiel de formation, ainsi que le dispositif d'évaluation s'y rapportant ; entretenir la motivation par une proportion à déterminer d'évaluation continue, transversale de ces questions. Par exemple, valoriser l'utilisation des modèles, théories ou concepts de soins infirmiers dans les travaux des étudiants en attribuant quelques points (2 sur 20) à cet usage dans certaines évaluations choisies ;</li> <li>- intégrer une approche des questions relatives aux sciences infirmières à la formation des tuteurs de stage ; les infirmiers de pratique avancée apparaissent comme des acteurs particulièrement bien placés pour initier et porter cette nouvelle dynamique dans les milieux cliniques ;</li> <li>- maintenir cette dynamique au-delà de la formation initiale, en inscrivant et en intégrant de façon transversale, les sciences infirmières dans toutes les formations infirmières, quel que soit le niveau de diplôme ou le grade (cadre, infirmier spécialisé, DU divers et master s'adressant majoritairement ou spécifiquement aux infirmières...). Comme pour toute période transitoire, envisager des cours de « mise à niveau » pour ceux qui s'inscrivent dans des cursus de type master ou doctorat et qui n'ont pas bénéficié de ces enseignements dans leurs formations antérieures ; organiser des formations à l'intention des infirmiers docteurs dans d'autres disciplines qui souhaitent s'investir dans les soins infirmiers.</li> </ul>
<b>Apprentissage de la clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inscrire le terme « clinique infirmière » dans le projet pédagogique de l'institut de formation et le projet de soins de l'établissement et l'utiliser à chaque fois que c'est approprié ;</li> <li>- définir ce que doit comprendre un examen clinique et identifier le contenu des enseignements à dispenser ;</li> <li>- proposer un enseignement structuré des paradigmes et modèles de soins infirmiers. Par ailleurs, l'infirmière doit être en mesure d'identifier le modèle dans lequel elle intervient et être attentive à l'existence d'autres modèles théoriques infirmiers ;</li> <li>- mobiliser les outils permettant l'apprentissage de l'examen et du raisonnement clinique (simulation, jeux sérieux, etc.) ;</li> <li>- favoriser l'apprentissage qui permet l'articulation des savoirs (situations emblématiques, analyse de pratiques, etc.) ;</li> <li>- fonder la pratique clinique sur des connaissances scientifiques les plus récentes (actualisation des cours avec une bibliographie, bibliographies dans les travaux d'étudiants, ateliers de lecture, analyse de situations cliniques en utilisant les banques de données, etc.).</li> </ul>
<b>Culture scientifique et recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maîtriser à l'issue de la formation initiale la réalisation d'une recherche documentaire dans des bases de données, une lecture critique et une analyse d'articles scientifiques en anglais, etc. ;</li> <li>- réaliser un travail de fin d'études, répondant à une problématique professionnelle, composé au moins d'une revue de littérature, sous forme d'article scientifique publiable ;</li> <li>- repérer des mots clés, les concepts et resituer le vocabulaire dans le champ des disciplines scientifiques mobilisées ;</li> <li>- savoir décrire rigoureusement une situation afin de dégager des questions et des réflexions en mobilisant des connaissances clairement inscrites dans une discipline scientifique et les sciences infirmières en particulier ;</li> <li>- développer un esprit de curiosité et être capable de classer, répertorier, critiquer, comparer, se questionner à partir de situations vécues confrontées à la littérature ;</li> <li>- utiliser un vocabulaire scientifique et/ou professionnel ;</li> <li>- suivre et/ou participer aux travaux de sociétés savantes, lieux d'échanges et de constitution des savoirs.</li> </ul>

# L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies

<b>Enseignement des sciences infirmières</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- former les enseignants-formateurs aux sciences infirmières notamment avec des collègues d'autres pays ;</li> <li>- inscrire des enseignements dans les politiques de santé publique en tenant compte de l'évolution de l'offre de soin (soins à domicile, chirurgie ambulatoire...) et de la nécessité d'adapter les sciences infirmières à des pratiques soignantes en mouvance ;</li> <li>- s'appuyer sur les données probantes pour donner de la visibilité à l'existant, mettre en avant l'efficacité et l'impact des niveaux de formation et de la qualification sur la qualité et sécurité des soins ;</li> <li>- développer un réseau avec les associations d'étudiants, de patients et les politiques locales ;</li> <li>- prendre appui sur les expériences internationales et européenne (ex : FINE Europe, LMD : projet européen Tuning) afin d'instaurer une logique de partenariat ;</li> <li>- inscrire les travaux de recherche des étudiants dans les axes de travail des Agences régionales de santé (ARS), Délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), laboratoires de recherche universitaires, etc.</li> <li>- établir une collaboration étroite entre milieux de l'enseignement, de soins et universitaires ;</li> <li>- avoir des professionnels exerçant dans les différents milieux avec des formations cohérentes avec le système LMD ;</li> <li>- adopter des dénominations conformes aux fonctions et aux niveaux de formation.</li> </ul>
--	---

**Tableau 5.**  
**Préconisations et stratégies d'action pour l'enseignement des sciences infirmières**

## Annexe 4.

### Propositions de dénominations

Les dénominations proposées se réfèrent aux fonctions exercées. Elles sont dissociées des grades et des statuts.

Terminologie courante	Terminologie proposée
<b>Activité clinique</b>	
Infirmière de terrain, polyvalente, généraliste, de base...	Infirmière généraliste
Infirmière experte, référente...	Réserver ces termes à des situations particulières en référence à un niveau de compétence ou une fonction
Infirmière spécialisée, spécialiste clinique, clinicienne, clinicienne spécialisée, de pratique avancée...	Infirmière de pratique avancée : - infirmière clinicienne spécialisée - infirmière praticienne en : préciser la spécialité Les infirmières anesthésistes, de bloc opératoire, puéricultrices peuvent relever de la pratique avancée
<b>Activité de management, de gestion</b>	
Cadre de terrain, de proximité...	Infirmière chef d'unité
Cadre supérieur de santé responsable de pôle	Infirmière chef (responsable) de pôle
<b>Activité d'enseignement</b>	
Infirmière intervenant dans des formations, formateur occasionnel.	Infirmière généraliste ou infirmière de pratique avancée chargée de cours, chargée de travaux dirigés
Cadre de santé formateur, enseignant-formateur	Maître d'enseignement ou maître assistant Professeur

**Tableau 6.**  
**Propositions de dénominations selon les fonctions exercées par les infirmières**

## LISTE DES PARTICIPANTS AU SÉMINAIRE

- Nathalie ALGLAVE, Inf. PhDc., Directrice des soins, ResIDoc, Nantes
- Anne-Claude ALLIN-PFISTER, Inf., Doyenne de la formation et Directrice adjointe, Lausanne
- Victor AUDUREAU, Étudiant en soins infirmiers, Rezé
- Pascale BELONI, Inf. MSc., Cadre supérieur de santé, Arsi, Limoges
- Sophie BENTZ, Inf. PhD., Coordinatrice de la recherche paramédicale, ResIDoc, Montpellier
- Marielle BOISSART, Inf. PhDc., Cadre supérieur de santé, ResIDoc, Aubagne
- Dorsafe BOURKIA, Inf., Cadre de santé formateur, Arsi, Saint-Maurice
- Sophie BREEDSTRAET, Inf., Chef de département des soins infirmiers, Bruxelles (Belgique)
- Camille BRICARD, Étudiante en soins infirmiers, Nantes
- Emmanuelle CARTRON, Inf. MSc., Coordinatrice recherche paramédicale, Nantes
- Dominique CHAMPENOIS, Inf., Directrice des soins, Pontoise
- Marion CHAUVET, Inf., Nantes
- Christophe DEBOUT, Inf. PhD., Directeur, Paris
- Bruno DELON, Inf. MSc., Cadre de santé formateur, Arsi, Nîmes
- Evelyne D'HOOP, Inf., Bruxelles (Belgique)
- Chantal EYMARD, Enseignant chercheur PhD., Marseille
- Johanne GAGNON, Inf. PhD., Professeur titulaire, Québec (Canada)
- Armelle GIRARD, Inf., Documentaliste, Arsi, Nantes
- Brigitte GOSSO, Inf. PhDc., Cadre de santé formateur, ResIDoc, Troyes
- Martine GRAINGER, Inf., Cadre de santé, Arsi, Chartres
- Brigitte GUERRIN, Inf., Cadre de santé formateur, Arsi, Pontoise
- Anne-Chantal HARDY, Sociologue PhD., Directeur de recherche, Nantes
- Thierry JOUTARD, Inf. PhD., Directeur IFSI, ResIDoc, Nantes
- Ljiljana JOVIC, Inf. PhD., Directrice des soins, Arsi, ResIDoc, Paris
- Nadine LANCELLE, Inf., Cadre de santé, Créteil
- Marie-Hélène LASSALLETTE, Inf. MSc., Arsi, Toulouse
- Chloé LECORDIER, Inf., Nantes
- Didier LECORDIER, Inf. PhDc., Cadre de santé chercheur, Arsi, ResIDoc, Nantes
- Marie LIENDLE, Inf. PhD., Cadre de santé formateur, ResIDoc, Erstein
- Evelyne MALAQUIN PAVAN, Inf., Cadre supérieur de santé, Arsi, Paris
- Nsuni MET, Inf., Cadre infirmier formateur, Paris
- Audrey MILLET, Étudiante en soins infirmiers, Nantes
- Françoise MOLIERE, Inf. MSc., Cadre de santé formateur, Arsi, Le Mans
- Diane MORIN, Inf. PhD., Professeur ordinaire, Lausanne (Suisse)
- Anne-Marie MOTTAZ, Inf. PhDc., Cadre de santé formateur, Arsi, ResIDoc, Nîmes
- Anne MULLER, Inf. PhDc., Cadre supérieur de santé, ResIDoc, Paris
- Catherine NAVIAUX-BELLE, Inf., Directrice des soins, conseillère pédagogique régionale, Paris
- Christelle NOËL, Inf., Cadre de santé formateur, Saint-Maurice
- Elisabeth NOËL-HUREAUX, Maître de conférences, PhD, ResIDoc, Bobigny
- Martine NOVIC, Inf. MSc., Directrice des soins, Argenteuil
- Geneviève PICOT, Inf. PhD., Cadre de santé formateur, ResIDoc, Paris
- Michel POISSON, Inf. PhDc., Cadre supérieur de santé formateur, ResIDoc, Nantes
- Isabelle REMY-LARGEAU, Inf. PhDc., Cadre de santé formateur, ResIDoc, Paris
- Marie-Jeanne RENAUT, Inf., Directrice des soins, conseillère pédagogique régionale, Paris
- Isabelle RICHARD, MD. PhD., Doyenne Faculté de médecine, Angers
- Sylvie RIGOT, Inf. PhDc., Directrice IFSI, ResIDoc, Brive
- Philippe SVANDRA, Inf. PhD., Cadre supérieur de santé formateur, Maître de conférence, ResIDoc, Paris
- Margot TENZA, Inf. MSc., Cadre de santé formateur, Nîmes
- Laura VIEIRA, Étudiante en soins infirmiers, Nantes
- Marie-André VIGIL-RIPOCHE, Inf. MSc., Cadre supérieur de santé formateur, Arsi, Gentilly