



HAL
open science

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Catherine Piguet

► **To cite this version:**

Catherine Piguet. Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel. Education. Université de Nanterre - Paris X, 2008. Français. NNT: . tel-00331476

HAL Id: tel-00331476

<https://theses.hal.science/tel-00331476>

Submitted on 16 Oct 2008

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

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

UNIVERSITE PARIS X – NANTERRE
SCIENCES DE L'EDUCATION
Ecole doctorale « Connaissance, culture, modélisation »
Centre de Recherche Education et Formation (EA 1589)

ET

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE
Ecole doctorale Santé publique, santé et société

Thèse en co-tutelle pour l'obtention
du doctorat en Sciences de l'Education
et
du doctorat en Sciences de la Santé Publique

AUTONOMIE DANS LES PRATIQUES
INFIRMIERES HOSPITALIERES

Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Catherine PIGUET

Thèse co-dirigée par

Monsieur le professeur Philippe CARRE – Université Paris X-Nanterre

Madame la professeure Elisabeth DARRAS – Université Catholique de Louvain

soutenue publiquement le 9 juin 2008 à l'Université Paris X-Nanterre

Membres du Jury :

Monsieur Etienne BOURGEOIS,	Professeur,	Université Catholique de Louvain
Monsieur Philippe CARRE,	Professeur,	Université Paris X-Nanterre
Madame Elisabeth DARRAS,	Professeure,	Université Catholique de Louvain
Monsieur Alain DECCACHE,	Professeur,	Université Catholique de Louvain
Monsieur Patrick DE COSTER,	Professeur,	Université Catholique de Louvain
Madame Sandra ENLART,	Professeure,	Université de Genève
Monsieur Jean-Damien RICARD,	Professeur,	Université Paris 7

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE 1 – LA REORIENTATION DE LA PRATIQUE INFIRMIERE.....	11
1. I – LA PRATIQUE INFIRMIERE AU CŒUR DU SYSTEME DE SANTE.....	11
1. I – 1 <i>Nouvelle orientation ...</i>	11
1. I – 2 <i>Les origines de la pratique infirmière et son évolution ...</i>	14
1. I – 3 <i>..... Vers la technique et la spécialisation.....</i>	15
1. I – 4 <i>Changement de cap... vers la salutogenèse, réhabilitation d'une pratique oubliée</i>	17
1. II – D'UNE PRATIQUE CENTREE SUR LA MALADIE A UNE PRATIQUE CENTREE SUR LA PREVENTION, LA PROMOTION ET LE MAINTIEN DE LA SANTE	19
1. II – 1 <i>Un changement de paradigme</i>	19
1. II – 2 <i>Une réorganisation de la structure et des programmes de formation</i>	20
1. II – 3 <i>Une évolution de la formation continue.....</i>	22
1. II – 4 <i>Les enjeux de ce passage et ses conséquences.....</i>	25
1. III – IMPLICATIONS D'UNE APPROCHE CENTREE SUR LA SANTE DANS LES PRATIQUES INFIRMIERES.....	26
1. III – 1 <i>Les implications au niveau du système de santé et de l'institution : une vision macroscopique.....</i>	26
1. III – 2 <i>Les implications au niveau de l'organisation de la santé : une vision « méso » ..</i>	27
1. III – 3 <i>Les implications au niveau de l'infirmière : une vision micro-individuelle</i>	29
1. IV – LA QUESTION DU TRANSFERT DANS LES PRATIQUES.....	30
1. IV – 1 <i>Difficultés et malaise chez les infirmières.....</i>	30
1. IV – 2 <i>Une double orientation de la pratique infirmière : santé et soins</i>	32
1. IV – 3 <i>La question centrale.....</i>	37
1. V – CONCLUSION	38
CHAPITRE 2 – LA PRATIQUE INFIRMIERE ENTRE L'AUTONOMIE ET LA DEPENDANCE.....	41
2. I – LA PRATIQUE INFIRMIERE... UN STATUT DEPENDANT ET UN ROLE AUTONOME	41
2. I – 1 <i>L'autonomie infirmière aujourd'hui</i>	41
2. I – 2 <i>Paradoxe et double contrainte.....</i>	44
2. II – INDEPENDANCE ET AUTONOMIE : UNE CLARIFICATION NECESSAIRE	45
2. II – 1 <i>L'indépendance, versus dépendance.....</i>	45
2. II – 2 <i>L'autonomie, une référence à soi et à l'autre.....</i>	45
2. II – 3 <i>De l'autonomie à la puissance personnelle d'agir</i>	47
2. III – LA PRATIQUE INFIRMIERE AUTONOME : UNE PRATIQUE DE SANTE	51
2. III – 1 <i>La médiation : ... pratique professionnelle de l'entre</i>	52
2. III – 2 <i>... à une posture « santé » : le choix d'une pratique infirmière.....</i>	55
2. III – 3 <i>Vers une définition d'une pratique infirmière autonome.....</i>	56
CHAPITRE 3 – UNE APPROCHE SOCIOCOGNITIVE DE LA QUESTION.....	59
3. I – D'UNE APPROCHE BINAIRE A UNE APPROCHE TRIADIQUE, UN CHANGEMENT DE PARADIGME.....	59
3. I – 1 <i>Une approche dynamique de la question.....</i>	59

3. I – 2	<i>De la puissance personnelle d'agir à l'agentivité.....</i>	61
3. II –	LA PLACE DES CROYANCES PERSONNELLES EN REGARD D'UNE « PRATIQUE DE SANTE »	62
3. II – 1	<i>Le sentiment d'efficacité.....</i>	62
3. II – 2	<i>Le contrôle de l'infirmière sur sa formation.....</i>	65
3. II – 3	<i>Le sentiment d'efficacité et une pratique professionnelle centrée sur la santé.....</i>	69
3. III –	LES PRATIQUES AUTOFORMATIVES, LEVIERS DE DEVELOPPEMENT D'UNE « PRATIQUE DE SANTE »	76
3. III – 1	<i>Les résultats d'une étude exploratoire.....</i>	76
3. IV –	L'HYPOTHESE DE TRAVAIL.....	79
CHAPITRE 4 – ORIENTATIONS METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE.....		81
4. I –	UNE APPROCHE QUANTITATIVE DE LA PROBLEMATIQUE.....	81
4. I – 1	<i>Le choix d'une approche quantitative.....</i>	81
4. I – 2	<i>La population ciblée et la constitution d'un échantillon représentatif.....</i>	83
4. I – 3	<i>Enjeux, possibles et limites.....</i>	86
4. II –	LA CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE.....	87
4. II – 1	<i>L'opérationnalisation de la recherche.....</i>	88
4. II – 2	<i>Les choix méthodologiques pour l'ensemble du questionnaire.....</i>	89
4. II – 3	<i>La construction des groupes de variables.....</i>	91
4. II – 4	<i>Une vision synthétique de la construction du questionnaire.....</i>	105
4. III –	LE DISPOSITIF DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE.....	108
4. III – 1	<i>Une étroite collaboration entre de nombreux acteurs.....</i>	108
4. III – 2	<i>Les étapes du dispositif.....</i>	109
CHAPITRE 5 – L'AGENTIVITE DE L'INFIRMIERE HOSPITALIERE CENTREE SUR UNE « PRATIQUE DE SANTE ».....		115
5. I –	PRESENTATION DES RESULTATS.....	115
5. I – 1	<i>Introduction à l'analyse statistique.....</i>	116
5. I – 2	<i>Spécificité de certains traitements statistiques.....</i>	120
5. I – 3	<i>Description de la population et de son échantillon.....</i>	121
5. II –	LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES INFIRMIERES HOSPITALIERES.....	127
5. II – 1	<i>Les dimensions privilégiées de la pratique professionnelle.....</i>	127
5. II – 2	<i>Les relations entre les deux orientations, soins et santé, de la pratique professionnelle.....</i>	138
5. III –	LA « PRATIQUE DE SANTE » ET SES CARACTERISTIQUES.....	143
5. III – 1	<i>Les profils hétérogènes des professionnelles privilégiant une « pratique de santé ».....</i>	143
5. III – 2	<i>Les facteurs personnels et leur influence sur la « pratique de santé » des infirmières.....</i>	148
5. III – 3	<i>Une orientation commune et des développements différents.....</i>	159
5. IV –	CONCLUSION.....	164
CHAPITRE 6 – LA CONTRIBUTION DES PRATIQUES AUTOFORMATIVES A L'AGENTIVITE DE L'INFIRMIERE VISANT UNE « PRATIQUE DE SANTE ».....		167
6. I –	LES PRATIQUES AUTOFORMATIVES DES INFIRMIERES ET LA FORMATION REORIENTEE	167
6. I – 1	<i>Les pratiques autoformatives de l'ensemble des infirmières.....</i>	167
6. I – 2	<i>Les facteurs personnels et leur influence sur les pratiques autoformatives.....</i>	171
6. II –	LES PRATIQUES AUTOFORMATIVES ET LE DEVELOPPEMENT D'UNE « PRATIQUE DE SANTE »	179

6. II – 1	<i>Une « pratique de santé » sans formation : des résultats qui interrogent ...</i>	179
6. II – 2	<i>Les pratiques autoformatives et l'agentivité professionnelle.....</i>	181
CHAPITRE 7 – L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIERE.....		187
7. I –	DE L'AGENTIVITE INFIRMIERE A L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DANS LES PRATIQUES INFIRMIERES.....	187
7. I – 1	<i>L'agentivité professionnelle de l'infirmière : une puissance personnelle d'agir selon un objectif donné.....</i>	188
7. I – 2	<i>L'autonomie professionnelle : une posture à développer.....</i>	191
7. II –	LA FORMATION REORIENTEE : UN LEVIER VERS L'AUTONOMIE DANS LES PRATIQUES INFIRMIERES.....	194
7. II – 1	<i>Les pratiques autoformatives et le locus de contrôle interne des jeunes diplômées, un nouveau rapport au savoir.</i>	194
7. II – 2	<i>Les nouvelles approches de la formation comme levier de l'autonomie professionnelle des infirmières.....</i>	197
7. III –	LES PERSPECTIVES THEORIQUES DE LA RECHERCHE, SES LIMITES ET SES NOUVELLES QUESTIONS	199
7. III – 1	<i>Une définition sociocognitive de l'autonomie.....</i>	199
7. III – 2	<i>Le modèle d'intermédiaire culturelle en question</i>	201
7. III – 3	<i>Les limites de ce travail, ses contributions à la communauté scientifique et professionnelle et ses nouvelles questions.....</i>	204
7. IV –	LES PERSPECTIVES PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS.....	207
7. IV – 1	<i>La clarification des pratiques professionnelles : « pratique de santé » et « pratique de soins »</i>	207
7. IV – 2	<i>Une formation continue de haut niveau qui s'appuie sur les ressources des professionnelles.....</i>	210
CONCLUSION.....		213
BIBLIOGRAPHIE.....		215
LISTE DES ABREVIATIONS		233
LISTE DES TABLEAUX.....		235
LISTE DES FIGURES		237
TABLE DES ANNEXES		239
INDEX THEMATIQUE.....		243
REMERCIEMENTS.....		245

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Introduction

La réorientation professionnelle de la pratique infirmière vers le développement de la prévention, de la promotion et du maintien de la santé constitue le point de départ de cette recherche. Cette réorientation s'inscrit dans le contexte des profondes mutations de notre société et des maladies qui s'y rapportent. Elle cherche ainsi à répondre aux besoins en santé de la population aujourd'hui.

Simultanément, elle rejoint la pratique première et spécifique de l'infirmière (COLLIÈRE, 1982), décrite comme celle du « prendre soin de la vie » au travers des activités de la vie quotidienne. Cependant, les infirmières qui, historiquement, occupent une « fonction d'intermédiaire culturelle » entre 3 systèmes culturels distincts : « ordre institutionnel », « ordre médical » et « ordre soignant non médical »¹, ont progressivement délaissé, entre 1960 à 1990, aux professionnelles moins bien formées, le service rendu au malade au profit de ceux rendus à l'institution et au corps médical. L'évolution technologique extraordinaire dans les domaines médicaux et dans ceux de la communication en sont probablement partiellement responsables.

En 1992 en Suisse, suite à l'évaluation par les instances politiques des besoins en santé de la population, au niveau individuel et collectif, une redéfinition du rôle professionnel infirmier², met l'accent sur le « service rendu » à la personne et au groupe en bonne santé et malade et, ce faisant, sur la promotion de la santé dans les différents lieux de soins. Ce service rendu à la personne correspond au rôle dit « autonome » tel qu'il est présenté dans les textes de lois et professionnels.

Ces éléments placent ainsi les infirmières devant un double défi qu'elles peinent à relever dans le contexte actuel de contraintes budgétaires de plus en plus importantes : celui de l'appropriation de cette fonction indépendante ou autonome du rôle professionnel centré sur la promotion de la santé, pour elles-mêmes et face aux autres, et le développement de nouvelles compétences nécessaires à la mise en œuvre de ce rôle en continu et in situ.

Ainsi, ce renforcement d'un rôle autonome prescrit pose la question de la nature de cette autonomie et du déploiement d'une pratique dite autonome reliée à la promotion et au maintien de la santé par les infirmières au sein du contexte hospitalier. Outre les conditions de son déploiement relevant du contexte, cette pratique touche également la mobilisation de l'infirmière et les conditions de cette mobilisation, soit son pouvoir d'agir.

¹ NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 51.

² A titre d'exemple : Article de loi sur la santé publique du canton de Vaud (Art. 124).

Par conséquent, cette réorientation interroge la capacité de l'infirmière à transformer sa pratique professionnelle d'une part, et à apprendre en situation dans le champ de cette pratique en particulier d'autre part, afin de faire face aux besoins et attentes de la population en évolution.

En effet, l'OMS relève que face aux défis de la santé aujourd'hui, les infirmières représentent « une force de travail diversifiée en santé publique »³ et travaillent en synergie et en complémentarité avec les services de santé publique et les actions publiques de promotion de la santé.

De sorte que l'évolution de leur pratique représente un réel enjeu de santé publique. Dans cette perspective, il s'agit de mieux comprendre les ressorts de la mobilisation des infirmières, de mettre en évidence ce qui leur permet d'agir sur elles-mêmes et sur leur environnement dans les domaines de leur positionnement professionnel et de leur formation à la santé.

Pour éclairer cette question de la motivation, définie scientifiquement comme : « un construit hypothétique censé décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (VALLERAND, R., THILL, E., 1993), les nouvelles théories cognitives de la motivation semblent particulièrement pertinentes.

De plus, les trois notions communes à plusieurs d'entre elles : la représentation de l'avenir, la perception de compétence et l'autodétermination intéressent particulièrement la formation des adultes (CARRE, 2004) et donc la population infirmières dans sa phase post diplôme.

Il est en effet nécessaire aujourd'hui d'identifier dans quelle mesure l'infirmière :

- construit son développement et ses représentations de ce que pourrait être l'avenir pour elle,
- se forme dans le champ de son rôle soignant par le sentiment de pouvoir atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés,
- exerce sa liberté de choix pour optimiser ses pratiques, afin de renouveler l'approche de la problématique de la formation et de son orientation, en regard des acteurs et de leurs spécificités professionnelles, à savoir la santé dans tout contexte ou situation.

Parmi l'ensemble des théories cognitives, la théorie sociocognitive d'Albert Bandura, psychologue américain, offre une synthèse de celles-ci en ajoutant la dimension de l'environnement particulièrement important en ce qui concerne le contexte de cette problématique. Définie comme *une psychologie de l'optimisme, de la compétence et du XXIe siècle* par Carré dans la préface de son ouvrage (BANDURA, 2003), cette théorie

³ SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE. (2002). *Quelles sont les fonctions de la santé publique? Revue de la littérature*. Vandoeuvre-lès-Nancy cedex : Société française de santé publique (Ed.). p. 11.

considère que la personne a un pouvoir à la fois sur son comportement et sur son environnement et ceci grâce à la perception qu'il a de ses compétences.

Au travers de très nombreuses recherches dans des domaines aussi variés que ceux de l'éducation, du sport, de la santé et plus récemment de la politique, Bandura a montré l'importance de cette perception sur l'atteinte des résultats escomptés. De plus, ses travaux s'intéressent également à la perception collective de compétences et offre à cet égard un cadre intéressant à cette recherche. En effet, la dimension collective de perception de compétences infirmières nous semble essentielle à explorer, de même que ses interactions avec les pratiques de formation des infirmières et leur positionnement dans le système de santé face aux différents partenaires que sont les médecins, les professions paramédicales et les administrateurs. C'est pourquoi, ce cadre nous semble pertinent à la mise en évidence des conditions nécessaires à l'apprentissage dans le domaine des soins de santé et de promotion de la santé.

Parallèlement, l'autoformation dans sa dimension cognitive, c'est-à-dire celle qui touche l'autodirection de l'apprentissage d'un individu offre quant à elle, et de manière complémentaire, une référence précieuse pour comprendre, en ce qui concerne ce pouvoir que l'individu a sur lui-même, ce qui détermine les infirmières à apprendre et ce qui favorise leur persévérance à se former dans le contexte actuel et dans le domaine de la santé (CARRE, P., MOISAN, A., 2002).

Ces approches offrent ainsi les supports permettant de mieux saisir le rôle autonome de l'infirmière dans sa pratique. En effet, ce rôle autonome demande à être précisé, d'autant plus qu'il se trouve associé à la reconnaissance de l'infirmière et de sa place, si souvent revendiquées et traduites aujourd'hui par un profond malaise (DARRAS, E., DIERCKX de CASTERLE, B., MILISEN, K. et al., 2001-2003. ; CHAVES, 2005). Ainsi, l'exploration de ce concept, flou et encore mal défini de manière générale, semble importante et nécessaire dans la problématique qui nous occupe avec la perspective de clarifier la place de l'infirmière au sein du système de santé.

Ainsi, l'ensemble de la problématique et de ses questions renvoient à deux champs disciplinaires, à la fois distincts, proches et complémentaires (HONORE, 2003), qu'il nous a semblé important de rapprocher pour tenter de clarifier cette problématique : les sciences de l'éducation et les sciences de la santé publique. Ce rapprochement s'est ainsi concrétisé dans la double direction de cette thèse sous la forme d'une cotutelle entre deux disciplines et deux universités de deux pays différents.

Enfin, l'approche quantitative choisie, et déployée au sein d'un CHU en Suisse, s'inscrit dans un projet de généralisation des résultats d'une problématique qui touche une vaste population.

Suite à cette introduction, le premier chapitre présente la problématique dans les champs de la santé et de la formation à partir d'un contexte général relatif à la pratique infirmière qui sera ensuite envisagé du point de vue de la Suisse romande. Il pose la question centrale de cette recherche.

Les deuxième et troisième chapitres présentent le cadre de référence de la recherche. Ils cherchent à saisir, à partir d'une revue de la littérature, les différentes caractéristiques de l'autonomie afin d'en préciser la notion dans le contexte professionnel choisi. Ainsi, d'une part, la pratique infirmière est précisée selon une double orientation reposant sur des paradigmes différents et en tension et, d'autre part, elle est abordée selon une approche sociocognitive qui permet d'élaborer une hypothèse déclinée en deux volets complémentaires sur les versants de la pratique professionnelle et de la pratique de formation, dans sa dimension autoformatrice.

Le quatrième chapitre présente les orientations méthodologiques de la recherche empirique et leur construction conceptuelle et organisationnelle. Il reprend le cadre de référence sociocognitif en opérationnalisant les pôles des facteurs personnels et comportementaux pour élaborer un questionnaire diffusé auprès de l'ensemble du personnel d'un CHU en Suisse.

Les cinquième et sixième chapitres présentent les résultats de l'enquête, leurs traitements statistiques et leur analyse. La construction d'un dispositif statistique original et néanmoins rigoureux permet d'identifier les orientations de la pratique professionnelle privilégiées et leurs caractéristiques socioprofessionnelles respectives. Les analyses de régressions indiquent la force et la direction de la relation entre les facteurs personnels des infirmières et leurs comportements professionnels et de formation.

Le septième et dernier chapitre développe, à partir des principaux résultats de l'enquête, les perspectives théoriques et pratiques issues de l'ensemble de la démarche de recherche. Il précise les limites de ce travail et trace les perspectives nouvelles qui peuvent être formulées. Il se termine en esquissant deux recommandations relatives à la pratique infirmière et aux pratiques de formation continue.

La conclusion reprend la question du double champ disciplinaire impliqué et met en évidence deux axes issus de la recherche, susceptibles d'éclairer la notion d'autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières.

Un document annexe indépendant, dont le contenu est précisé à la fin de ce travail dans la « table des annexes », présente entre autres le détail des traitements statistiques effectués.

Par ailleurs, afin de faciliter la lecture de cette étude, nous y avons adjoint, en plus des traditionnelles listes des tableaux (p. 235) et des figures (p. 237), une liste des abréviations (p. 233) ainsi qu'un index thématique (p. 243).

Chapitre 1 – La réorientation de la pratique infirmière

Ce premier chapitre présente la problématique de notre recherche et sa question.

Partant de la réorientation professionnelle de la pratique infirmière opérée il y a quinze ans dans les pays européens, une première partie (1. I) situe l'histoire et le contexte de cette pratique et son évolution en Suisse.

Une deuxième partie (1. II) précise la nature du changement, son déploiement dans la formation et ses enjeux.

Une troisième partie (1. III) présente les implications pour les différents acteurs et situe les difficultés émergentes sur la base d'une revue de la littérature.

Une quatrième et dernière partie (1. IV) pose la question du transfert de cette réorientation dans les pratiques et fait émerger la double orientation de la pratique professionnelle infirmière qui amène notre question de recherche.

La conclusion présente l'intérêt d'une telle recherche à la fois pour les professionnelles infirmières et pour la santé de la population.

1. I – La pratique infirmière au cœur du système de santé

Cette première partie définit le point de départ de cette recherche, la réorientation de la pratique infirmière dans le système de santé, à partir de leurs origines et des contextes qui ont accompagné leur évolution.

Elle situe la pratique infirmière au cœur du système de santé auquel elle demeure liée, en interdépendance avec les autres acteurs de celui-ci.

Elle met en évidence la proximité de cette nouvelle orientation avec ce qui caractérise depuis toujours la spécificité de la pratique infirmière: la santé. Quelques étapes-clés de l'histoire des pratiques soignantes⁴ précisent l'origine et la spécificité de ces dernières.

1. I – 1 Nouvelle orientation ...

1. I – 1. 1 De nouvelles formations pour répondre à la demande socio-sanitaire

Depuis une quinzaine d'année en Europe⁵, de nouvelles formations se construisent dans le domaine des soins infirmiers (SPITZER, A., PERRENOUD, B. 2006a ; 2004).

⁴ Par soignantes, nous entendons les infirmières diplômées.

Répondant aux besoins actuels des populations, celles-ci présentent une approche des soins qui privilégie la santé, son maintien et sa promotion. Au plan pédagogique, elles font appel à une approche innovante qui place l'infirmière⁶ au centre de son propre apprentissage.

Ces nouvelles formations s'inscrivent dans le vaste mouvement de professionnalisation des infirmières (GOULET, 1999; GOULET, O., DALLAIRE, C. 2002; PETITAT, 1994) entamé voilà près d'un siècle, qui donne accès aujourd'hui en Suisse à la reconnaissance du domaine infirmier par une formation de niveau tertiaire universitaire⁷.

L'accès au « statut de profession, par rapport à celui de métier, se différencie par la possession d'un certain nombre d'attributs dont la composante constante est qu'ils tendent à conférer à l'activité une autonomie, un pouvoir d'autocontrôle explicitement reconnu par la société. »⁸

Ce pouvoir d'autocontrôle et ces activités autonomes⁹ sont assortis d'un certain nombre de changements pour l'infirmière au travers de cette réorientation et ne semblent pas aller de soi.

⁵ S'il est fait mention régulièrement des pays européens francophones, à savoir la Belgique, la France et la Suisse, seules les références relatives à cette dernière seront systématiquement précisées. En effet, les problématiques sont très proches et peuvent être assimilées pour ce qui est de leur sens.

⁶ La population concernée par cette recherche correspondant à près de 85% de femmes (proportion équivalente à celle de l'Europe – OMS. (2006) *Travailler ensemble pour la santé, rapport sur la santé dans le monde*. Genève : OMS. P. 6.), nous choisissons d'adopter la forme féminine comme expression générique. Elle vaut également pour le masculin.

⁷ Correspond en Suisse à la formation qui mène à un bachelor en soins infirmiers au sein des hautes écoles de santé de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) et à un master en Sciences infirmières à l'Université de Lausanne (UNIL), (Annexe 13).

⁸ JOBERT, G. (1985). Processus de professionnalisation et production de savoir. *La recherche en formation*. Arcueil: Education permanente, p. 132-133.

⁹ Reconnue en **Belgique**, la loi relative à l'exercice de l'art de soigner date de décembre 1974 : « La loi reconnaît l'art infirmier à côté de l'art de guérir, des professions dites « paramédicales » (et qui le restent) - AR no 78 modifié le 20/12/74 -, et l'art infirmier est décrit dans l'art. 21ter paragraphe 1 alinéas a), b) et c) où se retrouvent une fonction interdépendante et dépendante (rôle de collaboration) ainsi qu'une fonction indépendante (ou rôle autonome) (STINGLHAMBER-VANDER BORGHT, 1994) p. 31 et p. 268.

En **France**, l'exercice professionnel avec la reconnaissance officielle du rôle propre apparaît dans la loi de 1978 (ABDELMALEK, A. A., GERARD, J.-L., 1995) (Article L4311-1).

En **Suisse**, il n'y a encore à ce jour aucune base légale nationale reconnaissant la "fonction indépendante" du rôle professionnel, le « rôle propre » ou « rôle autonome » de l'infirmière si ce n'est dans le cadre d'une délégation médicale. Cependant, ce rôle est présent dès 1981 dans les textes de l'Association suisse des infirmières (ASI) en ce qui concerne sa formation uniquement, puis dès 1986 de manière plus explicite par une description de la fonction dans laquelle le rôle professionnel se décline en trois volets qui précisent sa nature : indépendante, dépendante et interdépendante. Par ailleurs, il est également clairement décrit dans les prescriptions de formation de la Croix-Rouge suisse (CRS) dès 1992 au travers de cinq fonctions dont une seule sur délégation médicale. La CRS a été chargée officiellement depuis 1971 (en fait, ce mandat donné par la Confédération (Département militaire fédéral) remonte à 1893) par la Conférence suisse des directeurs sanitaires (CDS) de promouvoir, réglementer et contrôler la formation infirmière en Suisse jusqu'en 1999, date à laquelle la responsabilité de la formation au niveau tertiaire a été reprise directement par la Confédération (formation actuellement organisée au sein des Hautes Ecoles Spécialisées – HES –). Autrement dit, l'infirmière, en Suisse, est formée – aujourd'hui au niveau tertiaire universitaire – à développer une fonction autonome (indépendante) qu'elle doit exercer

En effet, les infirmières, reconnues comme le personnel le plus nombreux des systèmes de santé¹⁰ et le plus impliqué dans celui-ci par sa disponibilité ainsi que par le rôle important qu'il y joue, se trouvent au centre d'un changement qui implique leur vision et leur pratique de soins et qui, de ce fait, est en lien direct avec le développement de leur autonomie professionnelle.

1. I – 1. 2 Une demande sanitaire en mouvement

Ces nouvelles formations correspondent à l'émergence de nouvelles lois¹¹ édictées en Europe à la suite des recommandations de l'OMS¹², sur la base du constat généralisé de la complexification des soins. Cette dernière relève de plusieurs facteurs :

« ... le brassage culturel est important, les modes et lieux de prises en charge de patients ou de groupes ayant des comportements dits à risques se diversifient, les progrès technologiques sont constants et il n'est plus possible d'ignorer les problèmes que les recherches épidémiologiques et démographiques mettent en évidence : toxicomanie et Sida, vieillissement de la population, problèmes de l'adolescence, importances des maladies cardio-vasculaires. »¹³

De plus, les coûts de la santé augmentent d'une manière exponentielle et inquiètent les milieux politiques. Cette situation représente un réel défi qui dépasse les frontières pour prendre une dimension mondiale. Elle amène également une nouvelle représentation de la santé qui évolue dans la population et chez les professionnelles¹⁴.

1. I – 1. 3 Un retour aux sources

Cette nouvelle orientation recentre la pratique infirmière sur la promotion de la santé et s'offre comme une opportunité de réaffirmer les sources et la spécificité de cette pratique ainsi que l'autonomie qui l'accompagne (GOULET, 2002). Autrement dit,

mais elle ne peut le faire que sur délégation médicale (mandat ou prescription médicale), donc paradoxalement sans réelle autonomie.

¹⁰ « La région européenne de l'O.M.S. comprend environ cinq millions d'infirmières. Elles constituent le groupe de soignants le plus important. Leur contribution réelle et potentielle à la gestion de la maladie chronique est sous-estimée et sous-employée. » ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL POUR L'EUROPE. (1999 version française). *Education Thérapeutique du Patient, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS*. Copenhague: Organisation Mondiale de la Santé. p. 13.

¹¹ Nous nous appuyons ici sur l'article la loi sur la santé publique du canton de Vaud (Art. 124) concernant le rôle et les compétences de l'infirmière qui stipule que l'infirmière est formée pour donner des soins dans cinq fonctions différentes, qu'elle le fait de façon autonome à l'exception d'une seule de ces cinq fonctions, celle qui concerne la participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques. Les quatre autres désignent :

- le soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne,
- l'accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie,
- la participation à des actions de prévention des maladies et des accidents ainsi que de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale,
- la contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession, et collaboration à des programmes de recherche concernant la santé publique.

¹² Charte d'Ottawa (1986) puis de la déclaration de Vienne (1988) (SALVAGE, 1995)

¹³ MARTIN, C. (1995). Réforme des soins infirmiers. *Médecine et Hygiène*, n° 2067, p. 856.

¹⁴ Charte d'Ottawa (1986) puis de la déclaration de Vienne (1988) (SALVAGE, 1995)

cette nouvelle orientation rejoint ce qui, depuis son origine, a constitué l'essence même de la pratique. C'est ce que nous allons voir ci-après.

1. I – 2 Les origines de la pratique infirmière et son évolution ...

1. I – 2. 1 Promouvoir la vie

Parmi les auteurs qui retracent l'origine de la pratique soignante et de son histoire (COLLIÈRE, 1982; GOBET, 2002; HENDERSON, 1994; LOUX, 1995, 1st ed. 1990; MAGNON, 2001; NADOT, 1993; STINGLHAMBER-VANDER BORGHT, 1994), Collière rend particulièrement bien compte de l'importance de cette origine, de la spécificité de cette dernière au cours de son évolution et de la nécessité de la développer afin de promouvoir la vie dans toute situation auprès de personnes en bonne santé ou malades.

En effet, promouvoir la vie est au centre de la pratique depuis les temps les plus reculés. « Dès que la vie apparaît, les soins existent car il faut « prendre soin » de la vie pour qu'elle puisse demeurer »¹⁵.

Cette pratique soignante, qui se confond à l'origine avec la promotion de la vie, « représente un ensemble d'actes de vie qui ont pour but et pour fonction d'entretenir la vie des êtres vivants en vue de leur permettre de se reproduire et perpétuer la vie du groupe »¹⁶.

1. I – 2. 2 Des pratiques de vie qui se distinguent fondamentalement de celles liées à la rupture de la vie

Si les pratiques soignantes relèvent de la promotion de la vie, elles se distinguent de celles qui relèvent des activités à risques (chasse, pêche,...) et de la guerre qui reviennent le plus souvent aux hommes plus forts et requis pour cela. Ainsi : « Les soins au corps blessé sont et demeureront prédominamment le fait des hommes, les initiant à découvrir le corps du dedans, à oser l'explorer, les amenant à développer une technologie de plus en plus précise qui deviendra celle des forgerons, des barbiers et des chirurgiens. »¹⁷.

De sorte que Collière (1982) identifie très clairement deux domaines, qui tous deux participent à assurer la continuité du groupe et de l'espèce, mais sont de nature différentes :

- celle qui « assure le maintien de la vie » et sera dévolue aux femmes,
- celle qui fait « reculer la mort » et sera dévolue aux hommes.

1. I – 2. 3 Des pratiques en lien avec la maladie

Principalement assurée par les femmes, cette pratique, issue de la vie quotidienne et centrée sur les activités de celle-ci (de la naissance jusqu'à la mort) par des savoirs profanes, va considérablement se modifier avec la naissance de la clinique (FOUCAULT, 2005).

¹⁵ COLLIÈRE, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris: InterEditions. p. 23.

¹⁶ Idem, p. 25.

¹⁷ Idem, p. 29.

Ainsi avec l'apparition des médecins dans l'hôpital à la fin du XVIII^e siècle, et avec les pratiques d'autopsie d'autre part, les infirmières qui ne se nommaient pas comme telles¹⁸ et assuraient des soins auprès de personnes en santé, vont rapidement développer leur pratique en y intégrant les médecins et en les assistant dans leur rôle.

1. I – 3 Vers la technique et la spécialisation

1. I – 3. 1 Un mouvement de professionnalisation centré sur la pratique de la médecine et l'administration

Ce mouvement correspond à l'évolution de la médecine et aux nombreuses découvertes réalisées (en chimie, biologie, avancées techniques...) dès la fin de la deuxième guerre mondiale.

Ces avancées technologiques ont un temps fait croire que la santé leur était subordonnée. La séduction opérée par des progrès incontestables, aussi bien en médecine qu'en chirurgie, a orienté les pratiques infirmières en regard des besoins de la médecine et des médecins. Plus tard, ces pratiques seront aussi orientées en regard des besoins de l'institution et de l'administration face aux avancées technologiques dans les domaines de la communication (FERRONI, 1994).

Les infirmières vont alors être sollicitées pour assurer de plus en plus d'activités, le plus souvent techniques, liées aux spécialisations médicales. Ainsi, entre les années 1960 et 2000, plusieurs spécialisations¹⁹ voient le jour et pour lesquelles une formation réglementée par l'association suisse des infirmier(e)s (ASI) est mise sur pied.

Simultanément à ce développement et grâce à lui, les infirmières se professionnalisent. Cependant, délaissant les soins dits de base, d'une part elles s'éloignent de leur pratique soignante, telle que mentionnée plus haut comme étant celle qui assure le maintien et le développement de la santé et, d'autre part elles se placent dans une dépendance médicale en confondant par là-même celle-ci au développement de leur autonomie.

¹⁸ L'appellation « infirmière » apparue dans les communautés religieuses dès le Moyen Age jette le trouble sur l'essence et la nature des activités de celles qui portent ce titre (NADOT, 1992). En effet, l'étymologique du nom « infirmière » renvoie à – *enfermier* (ancien français de 1278) qui veut dire mauvais et malsain et qui se rapporte à la maladie. Ce terme ne correspond ainsi pas à l'essence de l'activité des professionnelles qui l'exercent. Retenu au début du XX^e siècle, il est ... « une séquelle francophone de la domination culturelle symbolique des pratiques de charité (nommées aussi « pratiques de charité privée ») de l'Eglise catholique » en remplacement du terme garde-malades qui ne présentait pas un caractère suffisamment professionnel, « il est impropre à qualifier les pratiques de soins séculières ou les sciences de ces pratiques. Il sert tout au plus à distinguer un acteur social d'un autre. » NADOT, M. (2002). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan. p. 38 et 43. C'est à ce titre que nous le retenons en introduisant systématiquement des guillemets. En effet, l'appellation de soignante qui renvoie quant à elle à une compréhension plus large du « prendre soin de » qui se rapporte à la vie et semble plus proche de l'essence des activités des infirmières, ne spécifie pas suffisamment ses activités puisqu'il se rapporte également à plusieurs professions (professeurs, policiers, avocats, postiers, ...). HESBEEN, W. (juin 2002). Les savoirs soignants, entre art et science. *Revue Soins*, n° 666, p. 49-52. A défaut de mieux pour l'instant, nous en resterons donc à l'appellation communément utilisée.

¹⁹ Règlement pour la formation des infirmier (e)s : anesthésistes – janvier 1969 ; soins intensifs – janvier 1973 ; salle d'opération – janvier 1976.

En effet, les actes de soins dits techniques sont souvent assimilés à la complexité du rôle infirmier. Ils sont de plus reconnus par les médecins et revêtent un certain prestige qui semble offrir un statut à l'infirmière au sein du système de santé par l'ensemble de ses acteurs, y compris par les infirmières.

1.1 – 3.3 Des soins de vie aux soins de traitements médicaux

Peu à peu, les soins de traitement, appelés *cure*, de plus en plus nombreux et de plus en plus complexes vont prendre le pas sur les soins de santé.

L'organisation sanitaire et hospitalière va distinguer les soins de santé et de vie, *care*, des soins de traitement, *cure*. Les premiers seront délégués à du personnel moins formé²⁰ tandis que les seconds, effectués par les infirmières mieux formées, feront l'objet de nombreuses spécialisations qui elles-mêmes seront hiérarchisées. En effet, la reconnaissance et le prestige reviendront aux professionnelles assurant des soins de traitement qui, peu à peu, considéreront les soins de vie relevant du « *care* » avec une certaine condescendance.

Or, les soins de vie « *care* » associés le plus souvent à des pathologies et des situations extrêmement complexes nécessitent, au-delà des compétences techniques, de plus en plus de connaissances spécifiques dans les domaines de la physiologie, de la pathologie, des mécanismes de guérison, des approches psychologiques et relationnelles pour être effectués de manière adéquate et permettre aux soins techniques et curatifs de développer leur efficacité. Désertés par celles qui ont le plus de connaissances, ils n'assureront plus suffisamment le maintien de la santé.

Or, appelées de plus en plus à porter attention aux aspects techniques de ces soins, les infirmières ont oublié, voir peu à peu négligé les aspects de promotion et de maintien de la santé qu'ils doivent contenir. A cet égard, Collière (1982), tout en reconnaissant la vertu indéniable des soins curatifs, affirme :

« Sans l'accompagnement concomitant des soins courants (alimentaires, d'hygiène, avec leur support relationnel), on assiste à la stabilisation ou à l'aggravation du processus de dégénérescence : *la vie se retire à chaque fois que l'on se préoccupe davantage de ce qui meurt que de ce qui vit.* »²¹,

Elle rappelle ainsi à l'infirmière la spécificité qui est la sienne, les soins coutumiers liés aux activités de la vie quotidienne, indispensables au maintien de la vie.

Ainsi, à l'occasion de l'évolution fantastique de la médecine, les infirmières se sont professionnalisées au travers de spécialisations issues de la pratique médicale. Ce faisant, elles ont perdu de vue leur pratique spécifique et son orientation. Aujourd'hui et sur la base des acquis, elles redécouvrent l'importance de développer l'ensemble de leur pratique vers une perspective de santé.

²⁰ Dès 1967 en Suisse, une formation raccourcie, 2 ans à la place de 3 ans, va permettre à des infirmières assistantes de répondre aux besoins pressants des personnes âgées entrant en établissement médico-social.

²¹ COLLIÈRE, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris: InterEditions. p. 245.

1. I – 4 Changement de cap... vers la salutogenèse, réhabilitation d'une pratique oubliée

1. I – 4. 1 Un bilan de santé alarmant

Lors de sa rencontre à Ottawa en 1986 l'OMS lance un appel : « la santé pour tous en l'an 2000 »²². Le niveau de santé est en effet préoccupant quelle que soit la région du monde concernée. Les pays dépensent d'autant plus pour leur santé qu'ils sont plus riches²³ et ces coûts sont en augmentation dans tous les pays. La santé est une préoccupation commune à l'échelle mondiale.

Les bureaux régionaux vont à leur tour et chacun développer des recommandations sur la base des particularités de leur population respective. Ainsi, en regard de l'augmentation des maladies chroniques, le bureau régional de Copenhague pour l'Europe présente notamment des recommandations relatives à l'éducation des patients²⁴.

Ces recommandations, l'augmentation des coûts de la santé, les problématiques liées au vieillissement engagent les instances politiques de chaque pays vers des réformes en termes de formation et de planification des soins.

1. I – 4. 2 Un double mouvement centré sur l'individu et sur la santé

L'évolution de la société a renversé l'ordre des priorités et fait passer les intérêts individuels avant ceux du groupe.

Le développement de la communication a donné accès à de nombreuses sources d'information et permis à chacun de consulter l'ensemble des connaissances liées à sa santé et aux maladies dont il peut souffrir.

L'appel à la responsabilisation de chacun et la hausse des primes d'assurance amènent les personnes, d'une part à rechercher d'autres moyens pour gérer leur santé et, d'autre part à être plus exigeantes. De nombreuses pratiques dites de médecine parallèle voient le jour et se développent. La question de la santé intéresse la personne et devient un réel marché au sein duquel, l'infirmière doit prendre sa place (GOBET, 2002).

L'ensemble de ces éléments a rapidement amené (en 20 ans) une nouvelle vision de la personne, de la société et de sa santé. Un passage radical s'est effectué. D'une perspective centrée sur les obstacles liés à la maladie, nous avons passé à une vision centrée sur les ressources à mobiliser pour la santé. Celle-ci est considérée aujourd'hui à la fois comme un dû et comme un bien à cultiver. La part de soi dans l'apparition d'une maladie devient une évidence, témoin les idées et représentations relatives au stress et à ses effets.

²² Organisation Mondiale de la Santé, 17-21 novembre 1986.

²³ SANDIER, S. (1995). Les réformes sanitaires dans les pays développés. In DPSA, DPSI. *La santé des vaudois, un capital à préserver : compte-rendu des assises de la santé*. Lausanne : DPSA, DISP. p. 14-22.

²⁴ Organisation Mondiale de la Santé & Bureau Régional pour l'Europe, 1999, version française.

Par ailleurs, l'évolution des mentalités, « tout, tout de suite et sans contrainte », implique une demande de résultat rapide avec peu d'implication de la part du patient (qui se place et est placé en consommateur). Ces attentes et demandes de la clientèle augmentent le décalage entre deux types de soins et exigent d'autant plus de compétences pour trouver des alternatives aux situations qui se présentent.

Parallèlement, des recherches montrent à la fois l'intérêt de développer des pratiques de prévention pour diminuer les coûts de la maladie et l'importance des représentations des personnes dans cette pratique.

Ce passage a donné naissance à ce qu'Aaron Antonovsky²⁵ nomme « la salutogenèse » et qui concerne les perspectives créatrices de santé.

"La salutogenèse n'est pas seulement l'opposé d'une conception axée sur la pathogenèse. Penser de manière pathogénétique signifie s'occuper de l'apparition et du traitement de maladies. La salutogenèse ne signifie pas le contraire au sens qu'il s'agit de la genèse et de la conservation de la santé en tant qu'état absolu. La salutogenèse signifie considérer tous les êtres humains comme plus ou moins sains ou malades. La question est donc la suivante: comment un être humain devient-il plus ou moins sain ou malade?"²⁶

Ce concept²⁷ décrit comment des personnes restent en bonne santé même lorsqu'elles sont placées dans des circonstances défavorables. Autrement dit, la maladie et la santé ne sont plus à considérer de manière dissociée, mais plutôt conjointe permettant ainsi de laisser entendre la part de santé existante dans toute situation. Ainsi, cette approche prend distance de la définition de l'OMS (OTTAWA, 1986) et rejoint celle de Canguilhem (2007, 1st ed. 1966.)

1.1 – 4.3 Retour à une pratique infirmière centrée sur la santé

Cette nouvelle approche rejoint la spécificité et l'origine de la pratique infirmière, à savoir une pratique centrée sur la santé des personnes et des groupes dans leur vie quotidienne à partir de leur situation respective.

Cependant, si cette nouvelle orientation rejoint l'origine de la pratique soignante, elle ne la reprend pas telle quelle et pose un certain nombre de défis. Parmi ceux-ci, la nécessité d'intégrer l'évolution médicale, communicationnelle, organisationnelle et contextuelle qui rend cette vision particulièrement complexe et oblige les infirmières et

²⁵ Né en 1923 aux USA, il était professeur de sociologie et est considéré comme le père de la salutogenèse.

²⁶ Définition transmise par le site de santé suisse. BENGEL, STRITTMACHER & WILLMANN. (1998). [en ligne], <http://www.promotionsante.ch/f/knowhow/glossar/default.asp#salutogenese>, consulté le 29.02.2008.

²⁷ Prend naissance dans les années 70. Il participe au développement du courant et des travaux relatifs à la résilience « En physique, la résilience est l'aptitude d'un corps à résister aux pressions et à reprendre sa structure initiale. En psychologie, il s'agit de la capacité à vivre, à se développer en dépit de l'adversité, en tirant profit des échecs subits. La résilience représente la capacité d'affronter avec succès les risques, les stress, la maladie et les déboires de l'existence. Il s'agit d'une combinaison de force intérieure, d'appui de l'extérieur et d'apprentissage à partir de l'expérience acquise. » [en ligne], <http://www.resilience.ch/pages/presentation/la-resilience.php>, consulté le 15.04.2008.

l'ensemble du système à repenser, à créer de nouvelles manières de développer cette pratique.

Ainsi l'infirmière, aujourd'hui et face à la réorientation recommandée par l'OMS, se trouve en décalage en regard de la façon dont sa profession s'est développée ces 50 dernières années. En effet, en déléguant de plus en plus les soins de vie « *care* » et en investissant de plus en plus les soins de traitements « *cure* », c'est-à-dire en les distinguant radicalement les uns des autres voir en les opposant, l'infirmière ne sait plus où se situe son champ spécifique de compétences et d'autonomie.

1. II – D'une pratique centrée sur la maladie à une pratique centrée sur la prévention, la promotion et le maintien de la santé

Dans cette deuxième partie, nous précisons la nature du changement, son déploiement dans la formation ainsi que les enjeux de ce déplacement.

Nous présentons l'origine des prescriptions relatives aux professions soignantes en général et à celle de l'infirmière en particulier et le contexte sociétal dans lequel celles-ci s'inscrivent. Le changement de fond, opéré depuis 1992 en Suisse dans les programmes de formation initiaux et postgrades dans le but d'intégrer ces recommandations, met en évidence les différentes logiques en présence et leurs lieux de tension.

Nous terminerons par la présentation des enjeux liés à ce changement d'approche.

1. II – 1 Un changement de paradigme

Une approche de la maladie centrée sur la salutogenèse s'inscrit dans un modèle global de la santé dont la logique diffère radicalement d'un modèle médical de santé (BURY, 1988).

Sans poser une vision manichéenne sur ces modèles et bien qu'il ne s'agisse pas d'opter pour le bon modèle entre les deux, en admettant que les deux sont certainement nécessaires à la gestion de l'état de santé de la population, il est néanmoins important de pouvoir les distinguer car ils sont rattachés à des paradigmes différents, dont chacun correspond, selon Kuhn, à : « (...) un ensemble de croyances, de valeurs reconnues et de techniques qui sont communes aux membres d'un groupe donné »²⁸, c'est-à-dire qu'ils procèdent de logiques différentes, et impliquent par conséquent des pratiques différentes.

Ainsi, le modèle médical, biomédical ou encore traditionnel renvoie à une conception scientifique de la médecine avec une approche centrée sur la maladie alors que l'approche globale, holiste, sociale ou « *compréhensive* » renvoie, quant à elle, à une conception de la médecine qui induit une pratique centrée sur la personne soignée²⁹.

²⁸ RAYNAL, F., RIEUNIER, A. (1997). *Pédagogie: dictionnaire des concepts clés*. Paris: ESF. p. 260.

²⁹ BURY, J. (1988). *Education à la Santé*. Bruxelles: De Boeck. p. 29-40.

Dans la réorientation demandée, la pratique infirmière doit ainsi passer d'un modèle médical de santé à un modèle global de santé. Le tableau suivant élaboré par Bury présente de manière synthétique et explicite les caractéristiques de chacun d'eux.

Tableau 1 - Les deux modèles de santé³⁰

	MODELE MEDICAL	MODELE GLOBAL
SYSTEME DE SANTE	1. - Modèle fermé	- Modèle ouvert
	2. - La maladie est principalement organique	- La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux
	3. - Elle affecte l'individu	- Elle affecte l'individu, la famille et l'environnement
	4. - Elle doit être diagnostiquée et traitée (approche curative)	- Elle demande une approche continue, de la prévention à la réadaptation, qui tienne compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux
	5. - Par des médecins	- Par des professionnels de la santé travaillant en collaboration
	6. - Dans un système autonome, centré autour d'hôpitaux dirigés par des médecins	- Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté

1. II – 2 Une réorganisation de la structure et des programmes de formation

En Suisse, comme dans le reste de l'Europe, de nouvelles formations voient le jour. Toutes sont inspirées des recommandations de l'OMS et relayées par les pouvoirs politiques et sanitaires ; elles vont dans le même sens en ce qui concerne le fond, à savoir une centration des contenus et de leur approche sur un modèle global de la santé.

Cependant elles divergent dans leur organisation et leur déploiement. Afin de mieux cibler le propos et préciser son contexte d'une part et le mettre en correspondance avec les résultats de la présente recherche empirique réalisée au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) d'autre part, les données qui suivent relateront uniquement le contexte suisse romand et plus particulièrement vaudois.

Dès 1990, sur la base de nouvelles prescriptions édictées par la Croix-Rouge suisse, de nouveaux programmes de formation sont élaborés.

³⁰ BURY, J. (1988). *Education à la Santé*. Bruxelles: De Boeck. p. 31.

Leur construction touche aussi bien la structure que le contenu du programme. En effet, les programmes sont complètement repensés à partir des concepts de santé qui relèvent spécifiquement de l'infirmière comme le soutien et la suppléance dans les activités de la vie quotidienne et l'accompagnement dans les situations de crise. Les contenus sont reliés aux activités de l'infirmière et s'appuient sur les sciences humaines, sociales et médicales en référence à cinq fonctions inscrites dans la loi sur la santé publique du canton de Vaud pour décrire le rôle de l'infirmière.

A noter que ces cinq fonctions constituent le cadre de référence de la pratique infirmière aujourd'hui dans le canton de Vaud. C'est-à-dire que ce cadre de référence a non seulement procédé à la construction de nouveaux programmes de formation initiale mais qu'il fait également autorité pour guider la pratique de l'infirmière au lit du patient³¹.

Du côté de la formation et depuis les changements du système de formation en Suisse et l'introduction du processus de Bologne, les programmes ont subi de nouveaux ajustements d'organisation, principalement dus au changement relatif à la durée de formation, dans un premier temps de 3 ans à 4 ans pour correspondre aux exigences de la HES-SO puis, dans un second temps, de 4 ans à 3 ans pour entrer dans les normes européennes.

Aujourd'hui et depuis 1999, les formations sont organisées sur la base d'un référentiel de 9 compétences, à partir desquelles est construit l'ensemble des programmes en Suisse occidentale, qui se déclinent ainsi :

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins
2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires
3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé
4. Evaluer ses prestations professionnelles
5. Contribuer à la recherche en soins et en santé
6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de santé
7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire
8. Participer aux démarches qualité
9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome.

Par conséquent et en résumé, les infirmières sont formées depuis 1992 au travers de programmes et de référentiels centrés de manière privilégiée sur « le modèle global » de santé.

Le tableau ci-après présente une synthèse du changement d'orientation opéré et de ses implications à la fois pour l'infirmière et pour l'institution de formation. Il s'appuie sur des textes de loi et professionnels suisses, soit : la description de la fonction infirmière de l'ASI (1981), les nouvelles prescriptions de la Croix-Rouge suisse (1992) et le référentiel de compétences Bachelor, filière soins infirmiers HES-SO (2002)³².

³¹ Cf. note de bas de page 13.

³² Annexe 2.

Tableau 2 - Comparaison des activités selon les anciennes et nouvelles prescriptions de formation des infirmières édictées par la CRS (Croix Rouge suisse)

	ANCIENNES PRESCRIPTIONS Jusqu'en décembre 1991	NOUVELLES PRESCRIPTIONS Depuis janvier 1992
INFIRMIERE	<i>Applique</i> auprès du patient les directives médicales et administratives qu'elle <i>reçoit</i> et le <i>soutient</i> pour les activités de la vie quotidienne (AVQ)	<i>Elabore</i> et <i>déploie</i> un projet de soins en tenant compte de l'ensemble de la situation et des partenaires concernés, en s'appuyant sur les <i>ressources</i> de tous les partenaires
INSTITUTION DE FORMATION	<i>Transmet</i> prioritairement des <i>connaissances</i> , concernant la maladie et ses traitements, organisées à partir des <i>disciplines médicales</i> Relègue au second plan les soins de base	Crée les <i>conditions</i> de <i>construction</i> de <i>ses propres connaissances</i> par l'étudiante à partir de <i>concepts</i> de <i>soins</i> et de <i>santé</i>

1. II – 3 Une évolution de la formation continue

Simultanément à la réorientation des programmes de formation initiale dans le cadre des Hautes Ecoles Spécialisées de niveau tertiaire universitaire et parallèlement aux spécialisations techniques qui continuent à se développer (salle d'opération, anesthésistes, soins intensifs, urgences), de nouvelles spécialisations s'orientent progressivement vers des programmes qui privilégient la santé et son approfondissement, ce sont : la **spécialisation clinique** (1986 en Suisse romande)³³ la **santé communautaire** (1992)³⁴, qui prend un nouvel essor, et la formation de **praticien-formateur** (2004) induite directement par l'émergence des nouveaux systèmes de formation³⁵.

Parmi ces trois spécialisations, la première dans ce domaine en Suisse concerne la **spécialisation clinique**.

Cette formation voit le jour simultanément à l'apparition formelle du rôle autonome dans les lois depuis une vingtaine d'années et recouvre, selon les pays et les lieux de formation, des définitions différentes qui peuvent être complémentaires mais également divergentes quant aux perspectives visées.

L'appellation de clinicienne ou infirmière clinicienne est ambiguë et demande à être précisée selon le contexte de formation et de pratique. C'est pourquoi, il sera envisagé

³³ C'est dans les années 60 que les USA développent le rôle de l'infirmière clinicienne et à l'aube des années 80 que le Québec repense son cursus de formation en intégrant cette spécialisation (BURKHALTER, 2002).

³⁴ Une formation intitulée « Pratiques interdisciplinaires en santé communautaire » est créée en 1992 à l'école La Source pour la Suisse romande. Elle est alors ouverte à toutes les professionnelles de la santé et du social. Elle est considérée comme une spécialisation reconnue par la Croix Rouge suisse (CRS). Elle remplace en la transformant la formation d'infirmière en santé publique datant de 1950 (DUFEY, A.-F., 2000).

³⁵ [en ligne] <http://www.hes-so.ch>, consulté le 8.04.2008.

ici également du point de vue de la Suisse et plus particulièrement de la Suisse romande puisque c'est le lieu où se déroulera notre recherche empirique.

En Suisse romande, la formation de clinicienne est organisée depuis 1986³⁶ par chacun des hôpitaux universitaires (Genève et Lausanne) et par le centre de formation d'« Espace-compétences »³⁷.

Un référentiel commun de sept compétences a été élaboré en 2006 par les différents lieux de formation et par les professionnelles concernées. Celui-ci présente l'infirmière clinicienne généraliste³⁸ comme :

« Une professionnelle « performante » insérée dans une structure de soins.

En collaboration et avec l'appui des cadres, des équipes et du réseau dans lequel elle s'insère, elle met ses compétences au service des patients et des soignants dans le but de :

- Promouvoir la qualité des soins
- Soutenir les aptitudes et la motivation du personnel infirmier
- Préparer et accompagner les changements liés à l'évolution des pratiques de soins et de la profession.

La notion de « professionnelle performante » renvoie à la recherche de Benner (1995) et ses cinq niveaux d'expertise, soit : novice, débutant, compétent, performant et expert. La définition qu'elle donne de l'infirmière performante est la suivante :

« L'infirmière performante perçoit les situations comme des tous et non en termes d'aspects. Ses actes sont guidés par des maximes. La perception est ici un mot clé. La perspective n'est pas bien réfléchie mais se « présente d'elle-même », car fondée sur l'expérience et les événements récents.....L'infirmière performante apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée, et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements. »³⁹

Les sept compétences précisées dans le référentiel de compétences de l'infirmière clinicienne⁴⁰ participent aux objectifs visés par la formation d'infirmière clinicienne

³⁶ Un diplôme est délivré par l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) qui en a délégué sa réglementation et sa surveillance à l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI) (également habilitée à conduire les formations de salle d'opération-1976-, d'anesthésie-1969- et de soins intensif-1973-). Sa reconnaissance date de 1999. Auparavant, un diplôme était délivré par la CRS (1986).

³⁷ Ce centre regroupe depuis 2006 le centre romand d'éducation permanente (CREP) et l'Institut des sciences et des pratiques de la santé et du social (IRSP) dans lesquels était organisée cette formation auparavant.

³⁸ La dernière version du référentiel de compétences cliniques a été validée le 13 décembre 2002 par le groupe de travail CHUV – SCF/CREP/HUG. Par la suite en 2004, le groupe s'est élargi avec la participation de l'IRSP, l'ASRIC et « Espace Compétences » pour construire, à partir de ce référentiel, le futur programme du cursus clinique à Espace Compétences avec comme mot d'ordre de privilégier la formation clinicienne généraliste avec la possibilité de développer une spécialisation (oncologie, diabétologie, ..)

³⁹ BENNER, P. (1995). *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Paris: InterEditions. p. 29.

³³ Il s'agit de :

1. Prodiguer des soins de niveau performant.
2. Encadrer, soutenir et conseiller les membres de l'équipe.

selon le règlement de l'association suisse des infirmier(re)s de l'époque⁴¹ et doivent permettre à l'infirmière clinicienne de :

- améliorer la qualité des soins infirmiers par une maîtrise de la pratique professionnelle,
- développer la personnalité afin d'approfondir et de parfaire ses relations avec autrui,
- développer une réflexion systématique.

Cependant, encore minorisées et peu reconnues dans leurs statut suivant les lieux de pratique (malgré les 20 années de formation écoulées en Suisse), les « cliniciennes » ont créé en 2000 l'assemblée suisse romande des infirmières (iers) cliniciennes (ASRIC) dans le but de :

« Rassembler et mettre en contact les infirmier(e)s clinicien(ne)s, spécialistes clinique et étudiant(e)s autour de thèmes d'intérêt commun afin de permettre le développement de cette spécialisation. »⁴²

Par ailleurs, les formations postgrade dans le champ de la **santé communautaire** se déploient au sein de la HES-SO (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale) dans les programmes du domaine de la santé au degré Certificat, Diplôme et Master (conformément au système de Bologne). Ces formations avaient presque disparu entre 1980 et 1995. Actuellement, elles font l'objet d'une réglementation dans le cadre de la HES-SO et pourront donner accès à un « master en santé » dès 2008 dans le cadre de l'institut universitaire de l'Université de Lausanne en collaboration avec l'Université de Genève et la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO)⁴³.

Leurs contenus sont centrés sur la santé et les contextes dans lesquels celle-ci se déploie ; ils touchent ainsi le vieillissement, l'accompagnement des maladies chroniques, les moyens actuels pour accompagner les changements d'habitudes de vie (inspirés directement de la pédagogie et des sciences de l'éducation). Fortement tournés vers l'environnement, ils s'intéressent également à la politique sanitaire et à ses structures de même qu'aux réseaux existants. Ils préparent les professionnelles à travailler avec la communauté, à faire face à l'autonomie collective de celle-ci dans sa prise de responsabilité face à la santé.

Enfin, en vue d'intégrer les champs de la pratique et de la formation dans un apprentissage qui rende l'étudiant acteur, une formation de **praticien-formateur** voit le

-
3. Elaborer et conduire des projets visant l'assurance et l'amélioration de la qualité des soins.
 4. Initier, structurer et conduire des projets de changement visant le développement de la pratique des soins.
 5. Contribuer au développement de la recherche en soins infirmiers et interdisciplinaire.
 6. Contribuer au développement des compétences de l'équipe.
 7. Maintenir ses connaissances et ses compétences dans ses champs d'activités en faisant preuve d'autonomie.

⁴¹ (ASI, 10 février 1980, Etat au 1er juin 1999) p. 7.

⁴² <http://www.asric.ch>, consulté le 6.03.2008.

⁴³ Annexe 13.

jour (2004) dans les programmes postgrades⁴⁴. Il s'agit de préparer des professionnelles en exercice à accompagner les étudiantes et ainsi à assurer un lien étroit entre ce qui se passe entre les milieux de pratique et ceux de formation.

Ces trois types de formation toutes reconnues, soutenues et organisées en Suisse romande, côtoient également une pléthore de formations continues dans les domaines de la médecine dite complémentaire que nous ne détaillerons pas ici mais qui attestent du mouvement général qui se développe vers la santé. Celles-ci ne sont pas sanctionnées par un titre, cependant, elles contribuent à l'augmentation des connaissances des infirmières dans le domaine de la santé.

1. II – 4 Les enjeux de ce passage et ses conséquences

Si cette réorientation rejoint effectivement la pratique première de l'infirmière et sa spécificité centrée sur la santé de la personne et des groupes, elle ne correspond pas, comme il en a été fait mention dans la partie précédente, à l'évolution professionnelle réalisée ces vingt dernières années et suppose donc que les professionnelles concernées se réapproprient ce rôle.

Ceci sous-tend :

- le passage d'une activité d'exécution de directives données par d'autres à une activité de conception et de réalisation de soins en collaboration avec tous les partenaires concernés (y compris le patient et son entourage),
- le passage d'une orientation de traitement de la maladie (basée sur la résolution de problème par une approche linéaire de type « cause-effet ») à une orientation de promotion, prévention et maintien de la santé (basée sur l'accompagnement de situation complexe par une approche globale).

Ce double passage place la question de l'autonomie infirmière au cœur de cette réorientation.

Ce qui suppose pour l'infirmière :

- le développement de compétences en continu et in situ au travers de pratiques autoformatives (autodirection de son apprentissage),
- un positionnement professionnel qui concerne :
 - la clarification de son champ d'activités et le développement de sa spécificité,
 - la connaissance/reconnaissance de son rôle et sa valorisation,
 - l'assertivité⁴⁵.

⁴⁴ Une première volée a été formée auparavant par l'IRSP (Institut Romand des Sciences et des Pratiques de la santé et du social, Lausanne).

⁴⁵ « Assertif (anglicisme) : Se dit d'une personne capable de s'affirmer tout en respectant autrui... » BELLENGER, L., PIGALLET, P. (1996). Dictionnaire de la formation et du développement personnel. Paris: ESF. p. 33.

Les effets d'un tel changement devraient ou pourraient contribuer à la fois à l'augmentation du niveau de santé de la population et simultanément à la réduction de ses coûts à moyen et long terme. Nous verrons plus loin de quelle manière.

1. III – Implications d'une approche centrée sur la santé dans les pratiques infirmières

Cette troisième partie présente les implications pour les différents acteurs et situe le contexte de chacun des niveaux d'organisation impliqués dans cette réorganisation. Elle se termine par l'interrogation relative à la mise en œuvre concrète de cette réorientation dans les pratiques infirmières en général et hospitalières en particulier.

Cette question de l'implication touche plusieurs niveaux d'organisation que nous abordons ici à l'aide des « échelles d'observation » (DESJEUX, 2004) ou encore de « jeux d'échelles », notion reprise à Ricœur citant Jacques Revel⁴⁶.

Cette approche permet en effet de présenter le contexte tout en précisant les points de vue différents que celui-ci comporte.

« L'idée clé est que, à des échelles différentes, on ne voit pas les mêmes choses : à la différence de l'usage de la cartographie, en urbanisme, en architecture, les coupes faites à des échelles différentes du changement social sont incommensurables. »⁴⁷

1. III – 1 Les implications au niveau du système de santé et de l'institution : une vision macroscopique

Présenté comme « problème du lien entre valeur et action, entre représentation et pratique ou entre culture et comportement »⁴⁸, l'approche macroscopique met en évidence la nécessité, à ce niveau, d'anticiper les conditions de mise en œuvre de cette réorientation au moyen d'une régulation économique et politique. La question porte alors sur les valeurs présidant à cette régulation. Or, celles-ci relèvent des conceptions que notre société occidentale se fait de la maladie⁴⁹ selon une approche ontologique de nature physique, c'est-à-dire celle où « le malade, précédé par son thérapeute, procède à une objectivation et à une localisation du mal-maladie selon les catégories de l'entrée et de la sortie. »⁵⁰.

Autrement dit, et à ce niveau macroscopique, une approche centrée de manière privilégiée sur la santé suppose, pour le système sanitaire, un déplacement de valeurs et de visions qui puisse permettre sa planification.

En Suisse, cette planification a consisté en une réforme du système de santé afin qu'il corresponde mieux aux exigences des patients (réclamant eux aussi des soins selon le modèle ontologique), aux ressources disponibles et de sa formation.

⁴⁶ RICOEUR, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris: Stock. p. 204.

⁴⁷ Idem, p. 204.

⁴⁸ DESJEUX, D. (2004). *Les sciences sociales*. Paris: PUF. p. 48.

⁴⁹ LAPLANTINE, F. (1992, 1st ed. 1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot. p. 55-75.

⁵⁰ LAPLANTINE, F. (1991). *Anthropologie de la maladie*. *Sciences Humaines*, n° 12, p. 26.

Concernant ce dernier point, elle a mis en place les hautes écoles, de niveau tertiaire simultanément à une formation d'assistante en soins de santé communautaire (ASSC) en organisant d'une part l'accès à un niveau tertiaire universitaire (HES-SO) tel que présenté ci-dessus et en créant d'autre part une formation d' « assistante en soins de santé communautaire » (dans la perspective de renforcer et diversifier les réponses aux besoins du personnel des milieux de soins et des patients).

Cette nouvelle formation organisée en 3 ans dans le cadre des formations secondaires (certificat) vise, de par son appellation, à répondre en partie à la demande de cette réorientation centrée sur la santé. Dans les faits, elle crée ainsi un échelon hiérarchique supplémentaire dans les formations.

Cette formation met sur le marché du travail des soignantes polyvalentes avec un niveau de formation basique (secondaire II) désignées pour être principalement auprès du patient au travers d'actes aussi bien techniques (*cure*) que de vie (*care*) dans des situations stables. Les infirmières ont alors de plus en plus tendance à leur déléguer la place auprès du patient.

La logique suivie ici est celle d'une régulation économique visant d'une part une formation à un niveau universitaire (via les HES) et d'autre part une formation permettant l'assistance de ce dernier dans la pratique par une formation initiant ses professionnelles de manière large pour répondre, à un moindre coût, à l'ensemble des besoins « en santé » sur délégation des infirmières.

Dans une vision systémique, c'est ce que Watzlawick appelle un changement de niveau I, c'est-à-dire « faire un peu plus de la même chose »⁵¹.

Ainsi, l'implication à ce niveau macroscopique prend effectivement en compte la réorientation avec une logique de régulation économique à court terme par la hiérarchisation de l'offre en soins avec le risque cependant de reproduire les difficultés du passé⁵².

1. III – 2 Les implications au niveau de l'organisation de la santé : une vision « méso »

Les implications concernent ici le « niveau méso », soit à « l'échelle micro-sociale, celle des acteurs sociaux en interaction les uns avec les autres ... »⁵³.

Elles relèvent donc de la place faite aux acteurs issus des formations orientées vers une pratique centrée sur la santé telles que décrites plus haut. Autrement dit, cela suppose la

⁵¹ WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R. (1975, trad. franç.). *Changements, paradoxes et psychothérapie* (P. FURLAN, Trans.). Paris: Seuil.

⁵² En effet, en 1967 une nouvelle formation (certifiante) est créée afin de répondre aux besoins liés au vieillissement de la population et à l'hébergement en maison de retraite (établissement médico-social en Suisse). Ces professionnelles appelées « infirmières-assistantes », formées en 2 ans, ont rapidement été « utilisées » dans divers contextes de soins remplaçant ponctuellement les infirmières selon les situations dans leur fonction. L'insatisfaction liée à ce niveau de formation dans les pratiques ont amenés la suppression de cette formation en 1992. 40 ans plus tard, le même scénario se dessine sur la pression des besoins immédiats.

⁵³ DESJEUX, D. (2004). *Les sciences sociales*. Paris: PUF. p. 6.

mise en place, par les institutions, de conditions permettant aux acteurs de développer ces pratiques de santé.

Toujours dans la perspective d'être le plus proche et cohérent de notre recherche empirique, et afin de préciser au mieux le contexte concerné, nous nous référons aux données du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois).

Ainsi, parmi les conditions impliquées par la nouvelle orientation centrée sur la santé, la clarification des fonctions par un cahier des charges⁵⁴ permet d'apporter quelques éléments. Celui des infirmières précise que :

La raison d'être du poste dans le cadre des missions et de la politique des soins infirmiers et en référence au modèle de V. Henderson⁵⁵ :

- Assurer les soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs et éducationnels aux patients dont elle a la charge en respectant les normes professionnelles et les règles en vigueur dans l'institution
- Collaborer à l'organisation du travail et au bon déroulement du service
- Participer à l'encadrement et à l'évaluation des étudiants et stagiaires
- Participer à une approche interdisciplinaire des soins et au travail en équipe.

Cette description fait apparaître clairement la mission de l'infirmière avec une orientation centrée principalement sur la santé (référence à V. Henderson ; les soins préventifs et éducationnels) simultanément à des prescriptions relatives au suivi de la mission et de la politique des soins infirmiers dans le respect des normes professionnelles et des règles en vigueur dans l'institution.

Ainsi, la référence à une centration sur la santé, bien que peu explicite en regard de celle relative à une centration sur la maladie selon l'organisation de l'institution, est présente au niveau des textes.

Par ailleurs, en ce qui concerne la formation postgrade de clinicienne présentée plus haut, le CHUV, forme (au sein de son service de formation continue avec la reconnaissance de l'ASI) et reconnaît de manière formelle la fonction d'infirmière clinicienne (ce qui n'est pas le cas de toutes les institutions) avec un cahier des charges⁵⁶ qui précise l'orientation de santé dans sa mission générale de la manière suivante :

Dans le cadre du projet de l'unité/du service l'infirmier(ère) clinicien(ne) met ses compétences au service des patients et des soignants dans le but de :

⁵⁴ Annexe 1.

⁵⁵ Le modèle de Virginia Henderson élaboré en 1955 appartient à l' « école des besoins ». Inspiré de l'école béhavioriste et des travaux de Thorndike, ce modèle développe sa théorie à partir de 14 besoins fondamentaux, « tout en accordant une place encore importante à la maladie et aux problèmes de santé, les conceptions de l'école des besoins ont marqué un point de départ d'un centre d'intérêt spécifique à la discipline infirmière, soit une orientation vers la personne. » KEROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., et al. (1994). *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*. Laval, Poitiers: Maloine. p. 27. Ce modèle est le plus mentionné dans les établissements de soins en Suisse comme référence infirmière.

⁵⁶ Annexe 19.

- Définir avec l'équipe en fonction des critères de soins les plus récents, les axes de développements cliniques les plus appropriés à des soins de qualité
- Définir les axes de recherche en lien avec ses activités et favoriser chez les collaborateurs les initiatives dans ce domaine
- Favoriser l'encadrement des nouveaux collaborateurs
- Participer à l'émergence des compétences des collaborateurs
- Préparer et accompagner les changements liés à l'évolution des pratiques de soins et de la profession.

Cette description va plus loin que celle de l'infirmière diplômée par l'introduction d'une réflexion en équipe concernant le choix et le développement des soins les plus récents en regard des besoins des patients (implicites dans le texte), de la recherche et de l'accompagnement lié à l'évolution des pratiques de soins et de la profession.

Ainsi, et à ce « niveau méso » les textes prennent en compte l'orientation centrée sur la santé.

1. III – 3 Les implications au niveau de l'infirmière : une vision micro-individuelle

Les implications concernant l'infirmière renvoient au niveau micro-individuelle. Cette vision est encore plus restreinte que les deux précédentes. C'est « celle du sujet, de l'agent, de l'individu, que ce soit dans sa dimension psychosociale, cognitive ou inconsciente. »⁵⁷.

Ainsi, les recommandations de l'OMS concernant l'orientation centrée sur la santé, relayée par la formation initiale (depuis 1992) et continue des infirmières, les engagent selon leur cahier des charges vers une pratique qui s'oriente à la fois et fortement sur la santé et son accompagnement et à la fois sur la maladie et son traitement.

Or ces deux voies, bien que complémentaires, ne participent pas de la même logique et ne mobilisent pas les mêmes ressources, notamment en ce qui concerne leur organisation.

A cet égard, Dubet (2002) dans son analyse de l'institution met en évidence deux programmes institutionnels issus de deux modèles (proches de ceux de Bury présentés ci-dessus), le « programme médical » et le « programme de la charité ». Bien que les deux se soient professionnalisés, dit-il

«... la rencontre de ces deux modèles se fait partiellement, mais n'est jamais totale et parfaite, ne serait-ce qu'en raison de la domination du premier sur le second ; c'est tout ce qui oppose le prestige de la médecine à la trivialité du « travail social »⁵⁸.

Ainsi les infirmières, au cœur de ces deux logiques, sont invitées non seulement à développer davantage de savoirs, de compétences dans chacun de ces champs mais également à relier ces deux logiques.

⁵⁷ DESJEUX, D. (2004). *Les sciences sociales*. Paris: PUF. p. 6.

⁵⁸ DUBET, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris: Seuil. p. 229.

Autrement dit, ce sont elles qui représentent le pont et le lien entre ces deux logiques, tout en restant sous la « dépendance » du corps médical, c'est-à-dire soumises à la logique de la maladie et de son traitement.

De nombreuses études, ouvrages et recherches (AIACH, P., FASSIN, D., 1994; BALL, J., PIKE, G., 2005; DUBET, F., 2002; MAGNON, R., 2001; PETITAT, A., 1994) analysent cette double posture et mettent en évidence la difficulté que celle-ci induit dans les pratiques. Cette double posture participe probablement, d'une part au manque de reconnaissance perçue par l'infirmière et, d'autre part à l'épuisement des professionnelles relatées dans certaines études.

Cependant comment, placée au cœur de cette double orientation et sensée réunir ses deux volets, jongler, jouer et concilier ces deux logiques, l'infirmière organise-t-elle son offre ? Selon quelle logique ? Selon quel possible ?

1. IV – La question du transfert dans les pratiques

L'ensemble de ce qui précède nous amène ainsi à mettre en perspective la question de notre recherche à partir des difficultés rencontrées par les infirmières dans la mise en œuvre de la réorientation de leur pratique et des interrogations soulevées au niveau politique.

Il ne s'agit pas ici de donner une explication supplémentaire des conséquences des effets de ce transfert, mais bien plutôt d'identifier les facteurs qui contribuent à la mise en œuvre de cette pratique réorientée.

Ainsi, à la suite de ces constats et des résultats de deux recherches sur cette question, cette recherche propose un changement de point de vue à partir de la définition de deux orientations distinctes qui émergent au cœur de la pratique infirmière.

1. IV – 1 Difficultés et malaise chez les infirmières

La question du transfert de cette orientation dans les pratiques infirmières peut être identifiée en creux au travers des difficultés liées à sa mise en œuvre. Celles-ci mettent en évidence des pratiques en tension et dénoncent (AIACH, P., FASSIN, D., 1994; BALL, J., PIKE, G., 2005; DUBET, F., 2002; MAGNON, R., 2001; PETITAT, A., 1994) des conditions insuffisantes à leur réalisation.

La responsabilité étant située tantôt au niveau micro-individuel, tantôt au niveau macroscopique.

La souffrance liée à cette tension dans la pratique des infirmières est de plus en plus souvent relevée (ALDERSON, M., 2001; BALL, J., PIKE, G. 2005). Ainsi, Alderson dans sa thèse met en évidence que :

« ... l'expérience subjective et collective de travail des infirmières œuvrant dans le contexte québécois, en unités de soins de longue durée, a pour principale source de souffrance la perception de douloureux manques de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir professionnels. Ces manques se nourrissent dans une vaste mesure, d'une

organisation pathogène du travail infirmier, laquelle repose sur une modalité de soins intégraux qui, sur le terrain, ne s'accompagne pas d'une définition explicite des rôles, des responsabilités et des tâches des divers personnels de soins. Cette situation induit une ambiguïté de rôles, des champs de pratiques insuffisamment distincts, des rapports interprofessionnels conflictuels, un maigre contenu significatif de travail infirmier et un sentiment de non-valorisation de la spécificité infirmière. On note également la perception d'une sous-utilisation de l'expertise infirmière, d'un accomplissement professionnel insatisfaisant, d'une humiliante polyvalence où l'interchangeabilité des soignants prend trop de place et d'une charge de travail augmentée privant du sentiment structurant du travail bien fait. »⁵⁹.

Plus récemment, lors du dernier congrès de l'ASI à Montreux en mai 2007, une des conférencières, Josie Irwin, négociatrice pour le Royal College of Nursing (RNC) a fait référence aux résultats d'une vaste enquête réalisée en Grande Bretagne par cette institution sur les conditions de travail des infirmières⁶⁰. Celle-ci « ... montre que les conditions de travail se détériorent fortement : surcharge de travail, stress, *mobbing*, violences et accidents de travail sont en hausse, tandis que la motivation et l'enthousiasme diminuent, entraînant nécessairement une baisse de la qualité des soins. »⁶¹

Face à ces difficultés et à leurs répercussions sur le système de santé et sur ses acteurs, les instances politiques s'interrogent et mandatent des études et recherches afin de mieux cerner le problème et y faire face.

Ainsi, en Suisse romande, le service de la santé publique mandate en 2004 une politologue, pour réaliser une étude sur *l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même* (CHAVES, 2005) ; peu auparavant en Belgique, la recherche mandatée par le ministère fédéral des affaires sociales de la santé publique et de l'environnement s'intitule *la profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers* sous le label « *Bel image* » (DARRAS, DIERCKX, CASTERLE, MILISEN, 2001-2003).

A l'origine de ces deux recherches se retrouvent la pénurie d'infirmières et ses effets sur la qualité des soins.

Les conclusions de l'étude de Chaves s'appuient sur:

« ...l'hypothèse que le débat identitaire en cours dans la profession constitue une impasse, enfermant la profession dans une registre « doloriste », le discours sur le « manque de reconnaissance de la profession » devenant un des traits identitaires de la profession.»⁶².

⁵⁹ ALDERSON, M. (2001). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance*, Thèse pour le doctorat de sciences infirmières. Montréal : Université de Montréal. p. IV.

⁶⁰ BALL, J., PIKE, G. (2005). *Managing to work differently*. London: Royal College of Nursing.

⁶¹ LONGERICH, B. TAILLENS, F. (2007). Les soins, tissus de liens. *Soins infirmiers*, n° 7. p. 42.

⁶² CHAVES, G. (2005). *Etude sur l'image que la profession "infirmière" a d'elle-même* (étude).

Lausanne: Service de la santé publique de l'Etat de Vaud. Résumé avant page 1.

Elles portent sur la mise en évidence du point de vue désabusé que les infirmières ont de leur profession et sur la responsabilité partagée de cette situation.

L'auteur invite, par des recommandations ciblées, chacun des niveaux impliqués à un déplacement et propose, pour ce faire, différentes pistes d'action :

« Ces pistes d'action concernent la formation, les conditions de travail, la représentation des infirmières, le discours des porte-paroles de la profession, la visibilité des soins infirmiers et des infirmières ainsi que l'action au niveau politique. »⁶³.

Les conclusions de la recherche « Bel image » en Belgique renvoient au fait que d'un côté « le personnel infirmier a une image positive de sa profession » et que d'un autre côté « les sentiments de frustration, de mécontentement et de fatigue sont énormes ». Les auteurs de cette recherche relèvent, entre autre, en guise d'explication, la tension entre les deux orientations santé et maladie au travers de la mise en évidence d'une frustration de ne pouvoir réaliser cette orientation santé et la perception d'un manque de soutien de la part du management pour le faire. Enfin, ils rendent compte du fait que « la majorité des infirmiers (79%), [qui] trouvent que la société n'a pas une image correcte de ce qu'ils font. »⁶⁴

1. IV – 2 Une double orientation de la pratique infirmière : santé et soins

Les travaux et démarches entrepris à ce jour offrent un état des lieux des difficultés soins et rencontrées par le personnel soignant dans leur pratique en ciblant les effets de ceux-ci sur les acteurs (pratiques insatisfaisantes) et sur les bénéficiaires (qualité des soins) et oblige à constater une réelle difficulté d'opérationnalisation.

Si la plupart des approches s'emploient à constater les difficultés et à chercher à les expliquer en relevant les tensions engendrées par la double orientation (santé et maladie), elles ne permettent cependant pas de situer clairement les pratiques qui s'y réfèrent. Deux recherches, s'appuyant sur le modèle de médiologie de la santé (NADOT, 1993), ont pour objet l'identification par observation des activités privilégiées des infirmières.

Une première réalisée en 2002, entre le Québec et la Suisse, met en évidence les pratiques privilégiées par les infirmières dans différents services à partir d'une grille comportant 14 catégories de pratiques distinctes pouvant bénéficier à trois sous-cultures (administrative, médicale et infirmière)⁶⁵.

La seconde visait à décrire l'activité de l'infirmière en salle d'urgence au Québec à partir de cette même grille⁶⁶ (ROCHFORT, 2002). Les résultats des deux recherches

⁶³ Idem ci-dessus.

⁶⁴ DARRAS, E., S. DIERCKX de CASTERLE, B., MILISEN, K., et al. (2001-2003). *La profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers* (Recherche). Bruxelles: Université catholique de Louvain, Unité des Sciences Hospitalières et Médico-sociales. 100 p.

⁶⁵ NADOT, M., AUDERSET, P.-B., BULLARD-VERVILLE, D., NADOT-GANEHM, N. (2002). *Mesure des prestations soignantes dans le système de santé* (Recherche). Rapport scientifique, DO-RE 01008.1/CTI 5545.1 FHS. Fribourg: Ecole du Personnel Soignant Fribourg/CH, HES-S2.

⁶⁶ ROCHEFORT, C. (2002). *Etude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière et de ses bénéficiaires dans le contexte d'une salle d'urgence*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Université Laval de Québec.

font apparaître la prédominance d'une pratique d'information et de déplacement réalisées par l'infirmière qui renvoie à une « *fonction d'intermédiaire culturelle* » (NADOT, 1993) qui « rend service » à ces trois cultures (et ceci quels que soient les lieux de soins par des résultats cependant différents). Cette approche, par une observation directe répercutée toutes les 5 minutes sur une grille contenant 14 pratiques, a mis en évidence la complexité des activités et leur juxtaposition (27% du temps de travail est consacré selon cette recherche à des pratiques simultanées).

Or, si la définition de ces 14 pratiques correspond bien aux pratiques identifiées dans cette recherche, ce que recouvre chacune d'elles et en particulier celle concernant « la pratique de relation » laisse songeur en regard de l'orientation sur la santé du patient et atteste véritablement du flou existant comme un *no mans land* entre l'orientation maladie et l'orientation santé. En effet, cette « pratique de relation » concerne 20% des résultats de cette recherche qui amènent les auteurs à la conclusion suivante :

« Si, [de plus], dans cette pratique nous avons codé des actes relationnels allant de la civilité à la relation d'aide, il se peut que nous ayons saisi en majorité des actes de civilités ! Encore une fois, on voit que la manière de coder ne nous permet pas d'analyser plus finement les données et qu'une recherche ultérieure sera la bienvenue pour savoir de quoi cette pratique est précisément faite »⁶⁷.

Autrement dit, aucun élément ne permet de dire si la « pratique de relation » identifiée dans cette recherche est véritablement orientée sur la santé.

S'il est vrai que la distinction de ces deux orientations au cœur des pratiques infirmières n'est certainement pas aisée à réaliser, cependant leur fondement respectif et les moyens de les développer sont différents. Leur distinction devrait ainsi permettre d'identifier les conditions de leur déploiement et les facteurs qui y contribuent.

Le point de départ de cette distinction réside dans l'orientation vers la santé, son maintien et son développement et celle vers la maladie et son traitement. Cette distinction renvoie de fait à la définition de ces deux concepts. Qu'est-ce que la santé et qu'est-ce que la maladie ?

Une pluralité de définitions (HERZLICH, 1986 ; CANGUILHEM, 1966 ; LAPLANTINE, 1992 ; OMS, 1986) guident le système de santé, les formations, la mission des organisations de soins, les professionnelles de la santé et les patients eux-mêmes. Elles peuvent être explicites ou le plus souvent implicites. Parmi elles et à titre d'illustration des multiples points de vue existants, mentionnons celui de l'OMS au moment de sa constitution (1946)⁶⁸ :

« L'« officielle » dont on a maintes fois relevé l'aspect statique, absolu, idéaliste, sans rapport avec la vie de la plupart des individus : « La santé est un état de complet bien-

⁶⁷ NADOT, M., AUDERSET, P.-B., BULLARD-VERVILLE, D., NADOT-GANEHM, N. (2002). *Mesure des prestations soignantes dans le système de santé* (Recherche). Rapport scientifique, DO-RE 01008.1/CTI 5545.1 FHS. Fribourg: Ecole du Personnel Soignant Fribourg/CH, HES-S2. p. 71.

⁶⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (17-21 novembre 1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* [en ligne]. <http://www.sante.cfwb.be/charger/ottawachart.pdf>. Consulté le 8 août 2007.

être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁶⁹

et celui de Canguilhem (2007, 1st ed. 1966) qui, dans sa thèse, s'attache à dégager les caractéristiques du normal face au pathologique, en arrive à définir la santé comme :

« ... une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales »⁷⁰.

Entre ces deux points de vue il est possible d'envisager que la définition de la santé, au-delà et en marge de celles des institutions, est propre à chacun en fonction de différents paramètres. Celle-ci renvoie de fait à la représentation que chaque personne se fait de la santé en général et de la sienne, à des moments différents de sa vie.

Dès lors, nous osons avancer que la définition de la santé et corollairement celle de la maladie est propre à chaque personne. Il est alors nécessaire de considérer ce point de vue dans la perspective du développement de la santé.

Au travers des prises de conscience de la nécessité de développer la santé, soit d'approcher le monde de la santé sous l'angle des ressources et non des handicaps, le champ de la recherche en éducation à la santé amène des éléments qui questionnent la pratique des soignantes et, en particulier, leur place et celle du patient lors de l'accompagnement de ce dernier atteint de maladie chronique (AUJOLAT, 2007).

D'autres travaux montrent l'importance de la centration sur les représentations du patient dans la perspective de développer son niveau de santé (DECCACHE, A., MEREMANS, P., 2000). De sorte que cette centration de plus en plus souvent évoquée voire convoquée (1^{er} indicateur de qualité présenté par l'ANAES, 2004) signifie soigner le patient à partir de sa propre définition de la santé et non de la nôtre (société, institution ou professionnelle).

Autrement dit, si cette approche augmente le niveau de santé, elle répond à la demande faite par l'OMS, relayée par les organisations politiques et professionnelles (SPITZER, A., PERRENOUD, B., 2006b), et correspond à la réorientation professionnelle présentée. Elle peut ainsi être définie comme une pratique orientée sur la santé du patient selon la propre définition du patient de sa santé, nous l'appellerons : **une « pratique de santé »**.

Celle-ci rejoint la pratique dite autonome ou indépendante de l'infirmière telle qu'elle est décrite dans les textes de lois. En effet, cette pratique dite « autonome » appelée aussi, de manière indifférenciée, « indépendante » ou encore « rôle propre » renvoie à des activités de maintien et de développement de la santé. Cette « pratique de santé » fait également l'objet, comme nous l'avons déjà précisé, de la formation initiale des infirmières actuellement. Elle se déploie dans les sites de formation HES-SO au travers de la formation à une pratique réflexive, centrée sur la santé et la subjectivité du patient,

⁶⁹ BOEGLI, J.-D. (1996). *Ecole en santé*. Lausanne: LEP. p. 12.

⁷⁰ CANGUILHEM, G. (2007, 10^e Ed.). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF. p. 134.

grâce à des connaissances issues des sciences humaines (psychologie, anthropologie, sociologie, philosophie) aux côtés de connaissances médicales.

Cette définition nous amène alors à préciser à sa suite l'orientation de la pratique infirmière telle qu'elle est le plus souvent développée et également attendue, une pratique centrée sur la maladie et son traitement. Cette orientation peut être définie comme une centration sur l'ensemble des soins à réaliser auprès de la personne soignée selon la définition et l'organisation de l'institution (société), nous la nommerons une « **pratique de soins** ».

Cette « pratique de soins » correspond à la pratique dite « dépendante » et « interdépendante » pour laquelle l'infirmière est également formée au travers de l'acquisition et de la mobilisation de connaissances issues des sciences médicales et de gestion (physiopathologie, pharmacologie, techniques de soins, vocabulaire relatif au système de santé et à la médecine) aux côtés des connaissances en sciences humaines.

Ainsi, se trouve réuni dans une même pratique une orientation particulière et singulière qui prend en compte chaque personne et une orientation générale et normative qui prend en compte le collectif.

Deux recherches (NADOT, 1993 ; NOEL-HUREAUX, 2003) mettent en évidence la nécessité de considérer ces deux approches simultanément au sein de la pratique infirmière. Ce faisant, ces auteurs rendent compte d'une réalité qui pose problème comme nous l'avons vu, soit en ne se déployant pas, soit en créant souffrance et frustration chez les professionnelles. Par conséquent s'il est vrai qu'au sein des activités infirmières les deux orientations peuvent exister, il est intéressant de chercher à identifier la place de chacune et les conditions de développement d'une « pratique de santé » en particulier.

Le tableau suivant, présente de manière synoptique ces deux orientations au travers de plusieurs caractéristiques. Il s'appuie sur les références relatives aux recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 17-21 novembre 1986), aux articles de lois concernant l'exercice professionnel et le remboursement des prestations de soins (en France, en Belgique et en Suisse), les théories de soins (KEROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., et al. 1994), leurs approches méthodologiques (DALLAIRE, C., 2002; MARCHAL, A., PSIUK, T., 2002), le modèle de médiologie de la santé (NADOT, 1993), les deux modèles de santé (médical et global) (BURY, 1988), et les cahiers des charges de différentes fonctions infirmières (CHUV). Il précise ainsi chacune de ces caractéristiques et met en évidence la singularité de leur approche respective.

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Caractéristiques Pratiques professionnelles infirmières	Centration	Approche / méthodologie	Institution de soins (hôpitaux, EMS – CMS – cliniques)	Médiologie de la santé (M. Nadot)	Recommandations OMS	Formation initiale	Loi sur la santé publique	Loi sur l'assurance maladie
<p>«Pratique de santé »</p> <p>- Centration sur la personne soignée et sa définition de la santé par un accompagnement qui permette à la personne soignée d'identifier ses représentations concernant sa santé et les ressources nécessaires pour la maintenir et la promouvoir.</p>	Le patient et sa santé	<p>Singulière et particulière</p> <p>Compréhensive</p> <p>Jugement clinique</p>	<p>Seule la fonction de clinicienne a un cahier des charges centré sur les soins à la personne soignée, le soutien à l'équipe et la définition des axes de recherche appropriés</p>	<p>« La médiation de santé » : le soin en tant que relation à la personne soignée</p>	Maintien et promotion de la santé , prévention de la maladie	<p>Formation au jugement clinique et à une pratique réflexive, centrée sur la santé et la subjectivité du patient, grâce à des connaissances issues des sciences humaines (psychologie, anthropologie, sociologie, philosophie) et médicales</p>	Pratique autonome	Inexistante
<p>« Pratique de soins »</p> <p>- Centration sur l'ensemble des soins à réaliser auprès de la personne soignée selon la définition de la santé de l'institution</p>	L'organisation et la réalisation de l'ensemble des soins auprès du patient	<p>Globale, générale et normative</p> <p>Résolution de problème</p> <p>Jugement stratégique</p>	<p>Plusieurs niveaux de formation (aide, assistante en soins de santé communautaire infirmière niveau I, infirmière diplômée)</p> <p>Plusieurs spécialisations reliées aux domaines médicaux (anesthésiste, soins intensifs, instrumentiste, sage-femme, praticien-formateur)</p>	<p>« La fonction d'intermédiaire culturelle » : le service rendu à trois ensembles culturels (institution, corps médical et soignante)</p>	Planification et mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation	<p>Formation au jugement stratégique, acquisition et mobilisation de connaissances issues des sciences médicales et de gestion (physiopathologie, pharmacologie, techniques de soins, vocabulaire relatif au système de santé et à la médecine) et des sciences humaines</p>	Pratique dépendante et interdépendante	Soins remboursés sur prescription médicale

Tableau 3 – Les deux orientations, santé et soins, de la pratique professionnelle infirmière ©

Il est dès lors possible de se demander ce que fait l'infirmière entre ces deux orientations qui sou tendent sa pratique. Quelle est l'orientation qu'elle privilégie ? Et plus particulièrement quels sont les éléments qui contribuent au développement d'une « pratique de santé », rapprochée de son autonomie, qui caractérise la spécificité de son rôle au sein du système de santé ?

1. IV – 3 La question centrale

Ainsi, la demande de réorientation des pratiques infirmières après avoir été développée au sein des formations initiales et continues devrait pouvoir se déployer dans la pratique auprès du patient.

La littérature consultée met en évidence de nombreuses difficultés depuis plusieurs années au sein des pratiques professionnelles. Ces difficultés relèvent systématiquement de la tension ressentie par les infirmières concernant leur vécu entre deux logiques différentes.

La clarification de chacune de ces deux orientations rapportée à leur point de référence au travers de la définition de la santé et de la maladie précise leurs différences et met en évidence la difficulté de les réunir. Elle explique en partie le malaise des professionnelles.

Les différentes études et recherches visant à identifier clairement la nature de ces difficultés mettent en évidence des points très importants concernant les conséquences du changement sur le vécu des infirmières. Cependant, leurs résultats en restent le plus souvent à des constats qui n'aident pas celles-ci à identifier les clés qui pourraient leur permettre de dépasser leur difficulté à réorienter leur rôle dans le sens d'une « pratique de santé », et ceci tout spécialement en ce qui concerne les professionnelles qui travaillent dans le contexte hospitalier.

C'est ce qui nous a incité, dans la présente recherche, à explorer cette problématique sous un autre angle et à vouloir répondre aux questions suivantes:

- Quels sont les principaux facteurs qui permettent aux infirmières de développer une « pratique de santé » dans le contexte hospitalier ?
- En quoi leur capacité d'autonomie est associée à ces facteurs ?
- De quoi est faite, comment se construit cette autonomie ?

Si certains travaux mentionnent la responsabilité de l'organisation voire de la société toute entière, de nombreux autres scrutent le profil de l'infirmière (psychologique et sociologique en particulier) et semblent attribuer les difficultés à sa personne. Ceci en référence à des aspects d'ordre social, culturel et politique. Le fait que l'infirmière reste régulièrement, et depuis de nombreuses années, dans un discours de revendication de la reconnaissance de son travail et de son autonomie renforce probablement ce point de vue sans toutefois le légitimer.

Cependant, le système de santé est lui aussi impliqué dans le paradoxe d'une double demande formulée à l'égard des infirmières. Face à l'ampleur du problème de la maladie aujourd'hui et en particulier celle liée aux habitudes de vie, le système a su identifier l'importance de réorienter la pratique infirmière afin qu'elle constitue un levier stratégique dans ce domaine. Dès lors, il devient capital de se donner les moyens d'identifier les facteurs permettant à une telle pratique de se déployer.

Ces éléments nous amènent à poser la question du pouvoir des infirmières à développer leur pratique dans le sens de la réorientation demandée et de la formation qui les y prépare.

Par conséquent notre question de recherche peut être formulée ainsi :

Quels sont les principaux facteurs qui permettent à l'infirmière de développer une pratique professionnelle autonome, centrée sur la prévention, le maintien et la promotion de la santé, soit une « pratique de santé », au sein d'un contexte hospitalier prioritairement centré sur une « pratique de soins » ?

1. V – Conclusion

Parti de la réorientation apportée il y a quinze ans de la pratique professionnelle infirmière suite à l'évolution des besoins en santé, nous avons montré comment cette évolution rejoignait les origines de la pratique première et de la spécificité de l'infirmière. Nous avons également évoqué les fantastiques progrès de la médecine et fait allusion aux développements techniques et aux changements de pratiques qu'ils ont induits chez ces dernières.

Nous avons présenté ensuite la manière dont la formation initiale et continue a inscrit ce changement dans ses programmes après avoir précisé la nature de celui-ci et son rattachement à un modèle global de santé. Nous avons en particulier mis en évidence la position délicate de l'infirmière appelée à œuvrer entre deux modèles de santé opposés : le modèle médical et le modèle global. Les enjeux concrets de cette réorientation touchent à l'autonomie professionnelle de l'infirmière et aux conditions de son développement au travers d'une pratique centrée sur la santé.

Nous avons identifié les implications d'un tel changement pour les différents niveaux concernés, du macroscopique au microscopique (DESJEUX, 2004), en regard des nouvelles pratiques à développer.

Enfin, une revue de la littérature concernant le transfert et la mise en œuvre de cette pratique pointe un grand nombre de difficultés pour les infirmières parmi lesquelles une grande tension entre les demandes liées à ce double modèle qui provoquent une augmentation de la souffrance, du stress et du *burn out* et induisent des dysfonctionnements, une démotivation et une baisse de la qualité des soins.

Ce tableau interroge aujourd'hui le pouvoir d'agir de l'infirmière pour orienter ses pratiques sur la santé selon un modèle global et ce qui peut y contribuer.

La définition de cette double pratique centrée d'une part sur le patient et sa représentation de sa santé « pratique de santé » et d'autre part sur l'institution et sa représentation de la santé « pratique de soins » permet de situer leur écart et de préciser ce que recouvre la tension souvent décrite.

Ainsi la problématique présentée touche la réorientation de la pratique professionnelle des infirmières. Cette réorientation, tout en leur permettant de retrouver leurs origines et leur spécificité, les amène à œuvrer au sein de deux paradigmes distincts : santé et maladie. Elle place l'infirmière dans une situation de tension et de stress et qui relance la question de son autonomie. La nécessité d'orienter sa pratique sur la santé amène à interroger sa capacité et ses connaissances pour le faire ainsi que les différents facteurs qui peuvent y contribuer.

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Chapitre 2 – La pratique infirmière entre l'autonomie et la dépendance

Après avoir présenté notre problématique centrée sur la réorientation de la pratique professionnelle des infirmières vers une « pratique de santé » et poser la question de recherche relative aux différents facteurs qui peuvent contribuer à cette réorientation auprès des patients, nous cherchons à clarifier le concept d'autonomie en regard de la pratique infirmière.

Ce deuxième chapitre permet de situer cette autonomie en vue de la construction du cadre méthodologique qui permettra le recueil de données.

Une première partie (2. I) approche la question de l'autonomie de manière générale pour cerner ce que recouvre aujourd'hui l'autonomie de l'infirmière. Elle met en évidence les paradoxes à l'œuvre au sein des pratiques infirmières entre l'autonomie et la dépendance. De quoi parle-t-on lorsque l'on parle d'autonomie infirmière ?

Une deuxième partie (2. II) différencie les notions d'indépendance et d'autonomie. Elle s'appuie sur les références théoriques générales liées à l'autonomie pour interroger la puissance personnelle d'agir de l'infirmière au cœur de sa pratique.

Une troisième partie (2. III) propose une définition de l'autonomie dans les pratiques infirmières à partir de la clarification des théories en vigueur et de la distinction faite entre ses deux grandes orientations : « pratique de santé » et « pratique de soins ». Elle introduit le cadre de référence utilisé pour se saisir de la question, l'approche sociocognitive.

2. I – La pratique infirmière... un statut dépendant et un rôle autonome

Cette première partie présente l'autonomie dans les pratiques infirmières telle qu'elle est définie aujourd'hui et cherche à préciser ce que cette notion recouvre.

Elle met en évidence le paradoxe issu de ces définitions, de même que les limites et l'étendue potentielle du rôle autonome. Elle se termine par la perspective d'une définition relative à la puissance d'agir de l'infirmière dans son champ spécifique.

2. I – 1 L'autonomie infirmière aujourd'hui

L'autonomie représente aujourd'hui un enjeu majeur pour les infirmières. En effet, inlassablement visée par elles depuis un siècle, l'autonomie infirmière, dont il est de plus en plus question au travers de la professionnalisation des infirmières, appelle encore les repères lui permettant de se légitimer.

Dans toute la littérature, l'autonomie infirmière est reliée au processus de professionnalisation et constitue son aboutissement.

« La recherche de l'autonomie professionnelle a pris de plus en plus d'importance pour les infirmières ces dernières annéesla reconnaissance de l'autonomie, l'attribut le plus inestimable et le plus stratégique d'une profession, constitue l'aboutissement normal du mouvement de professionnalisation de la pratique infirmière ... »⁷¹.

Le terme de professionnalisation qui est décrit comme un processus, renvoie à plusieurs aspects pour lequel il est utilisé : l'activité elle-même, le groupe qui exerce cette activité, les savoirs liés à cette activité, l'individu exerçant l'activité et la formation à l'activité. Or, parmi l'ensemble de ces aspects (BOURDONCLE, 2000), le savoir joue un rôle central dans la compréhension des professions⁷².

Ce rôle central est également relevé ici :

« Les tenants de la professionnalisation doivent démontrer que leur travail se conforme à un ensemble d'attributs prédéterminés dont le plus important est l'existence d'un corpus de connaissances (*body of Knowledge*) justifiant qu'il s'agit d'une *learned profession*, une profession savante. Birenbaum (1987) avance que la reconnaissance sociale s'exerce de façon efficace, demande une formation supérieure de longue durée et implique un engagement moral envers le bien commun. »⁷³.

Si le mouvement de professionnalisation des infirmières touche l'ensemble de ces aspects et le relie à son autonomie, alors nous nous référons à la professionnalisation et plus particulièrement à une de ses caractéristiques reconnues comme une des plus importantes y participant : le savoir, afin de tenter de préciser ce que recouvre l'autonomie infirmière aujourd'hui.

Ce savoir concerne la nature des soins infirmiers qui renvoie à la prévention, au maintien et à la promotion de la vie. Ces éléments sont reconnus comme étant spécifiques de la pratique infirmière. Ils s'appuient sur quatre concepts centraux qui sont ceux de la *personne*, de la *santé*, de l'*environnement* et du *soin* qui sont à la base des théories de soins élaborées entre 1950 et aujourd'hui (KEROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., et al., 1994). Ils relèvent à ce titre du modèle global présenté dans la problématique (BURY, 1988).

Cependant et depuis le développement de la médecine, ces savoirs semblent inextricablement liés à la maladie. En effet, face au patient, l'infirmière qui prend soin de lui dans une perspective santé va également être impliquée dans des soins visant le combat de la maladie. Les contenus des savoirs à développer vont donc aussi toucher des savoirs médicaux.

⁷¹ GOULET, O. (1999). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Soins infirmiers et société*. Paris: Gaëtan Morin, p. 135.

⁷² BOURDONCLE, R. (2000). Autour des mots "Professionnalisation, Formes et dispositifs". *Recherche et Formation*, Vol. 35, p. 117-132.

⁷³ GOULET, O. (1999). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Soins infirmiers et société*. Paris: Gaëtan Morin, p. 137.

Ceux-ci constituent donc une toile de fond sur laquelle devraient se construire les savoirs de santé, c'est-à-dire que, par exemple, dans une situation d'accident vasculaire cérébral, connaître la physiologie de la circulation artérielle du cerveau ainsi que les pathologies qui peuvent y être associées est indispensable pour choisir les gestes à faire, ceux à ne pas faire, dans l'accompagnement de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, manger, etc...) et dans la perspective d'une récupération.

Cependant, pour répondre à la professionnalisation, ces savoirs doivent présenter des critères précis. Pour nous aider, nous empruntons les éléments permettant de situer la nature de ce savoir :

« pour contribuer à la professionnalisation de l'activité, les savoirs doivent être relativement abstraits et organisés en un corps codifié de principes ; être applicables aux problèmes concrets ; être crédibles quant à leur efficacité (même s'ils ne sont pas réellement efficaces) ; être en parties créés, organisés, transmis et, en cas de conflits, arbitrés en dernière instance par la profession elle-même, notamment par ses enseignants-chercheurs universitaires ; être enfin suffisamment sophistiqués pour ne pas être aisément accessibles à l'homme ordinaire, ce qui confère au groupe professionnel une espèce de mystère. »⁷⁴.

Sur cette base, le processus engagé fait apparaître l'autonomie au travers de l'accès à un niveau tertiaire universitaire de sa formation en Suisse mais également dans plusieurs pays d'Europe (SPITZER , A., PERRENOUD, B., 2006b). Cela signifie aujourd'hui l'existence :

- de réseaux de recherche financés par l'organisation⁷⁵,
- un enseignement qui n'est plus donné majoritairement par des médecins,
- des connaissances qui relèvent de la santé de la personne, de l'environnement issu des sciences humaines,
- une organisation de la formation indépendante,
- des soins centrés sur la santé,
- un rôle, présenté comme autonome ou encore indépendant ou propre à l'infirmière, inscrit dans les lois de la santé publique de chacun de ces pays.

Cependant, en regard des critères de Goode (1969), si les structures semblent en place, le corpus de savoirs n'est pas encore suffisamment développé et stabilisé pour prétendre à toute l'autonomie auquel il peut donner accès, la recherche nécessitant du temps pour le faire.

Ainsi, « la profession infirmière est une profession en émergence..... [dont] l'autonomie professionnelle est un attribut complexe qui ne s'acquiert pas d'emblée »⁷⁶

⁷⁴ GOODE (1969), in BOURDONCLE, R. (2000). Autour des mots "Professionnalisation, Formes et dispositifs". *Recherche et Formation*, Vol. 35, p. 123.

⁷⁵ En Suisse, ils le sont en partie par la HES-SO et par les sites de formation. Aux nombres de quatre, ils constituent les lieux de déploiement privilégiés de la recherche dans les domaines de la santé et du social : [en ligne] <http://www.recss.ch>; <http://www.rea.ch>; <http://www.cedic.ch>; <http://resar.ch>. Consultés le 8 août 2007.

⁷⁶ LEEDY & PEPPER (1989) in GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.) (1999). *Soins infirmiers et société*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur. p. 143.

et pour lequel le temps nécessaire à sa construction se traduit, dans le champ de la pratique, par un certain écart.

Effectivement, dans le champ de la pratique, les relations de subordination à la médecine qui ont historiquement marqué la profession, bien qu'incompatibles avec les pratiques actuelles, persistent toujours. Elles sont de plus doublées par les contraintes de la bureaucratie, des structures hiérarchiques et de l'économie. Celles-ci placent l'infirmière dans un paradoxe entre un statut dépendant, celui de la profession, au sein duquel il lui est demandé de développer son autonomie. Ce paradoxe, qui met « ... toujours deux termes en présence, ou deux secteurs ou deux pôles existant dans l'exclusion de l'un et de l'autre. »⁷⁷, concerne ici l'autonomie et la dépendance.

2. I – 2 Paradoxe et double contrainte

La nécessité vitale de développer la santé face à la maladie, d'offrir d'autant plus de soins de santé pour y faire face, amène les lieux de soins à faire coexister au sein de leur organisation les deux modèles de santé présentés dans le premier chapitre : le modèle médical et le modèle global. Par conséquent, les infirmières contribuent fortement, au travers de leur spécificité, à porter le modèle global en même temps qu'elles sont appelées à assister les acteurs principaux du modèle médical : les médecins.

Le mouvement de professionnalisation a permis que soit inscrite dans les lois sur la santé de différents pays la reconnaissance d'un rôle et d'une fonction « indépendante » ou « autonome », tous deux utilisés indifféremment pour nommer la nature de cette fonction. Tantôt décrites par une liste de soins, tantôt par des compétences ou encore par un champ de pratiques, les textes de lois reconnaissent ainsi pleinement à ce jour un rôle « autonome » ou « indépendant ».

Cependant, dans chacun des pays concernés, d'autres lois, sur le financement des soins, précisent clairement la dépendance de l'exercice infirmier à une prescription médicale. Cette dernière est incontournable quels que soient les soins ou le champ de la pratique concernés.

Ainsi, le champ infirmier, pourtant reconnu comme autonome dans les lois sur la santé publique, ne peut s'exercer qu'au travers de la prescription d'un médecin pour être financé par les assurances.

De sorte que c'est le médecin qui évalue la nécessité d'une prescription dans un domaine professionnel qui, s'il demeure proche du sien, ne correspond pas à sa propre expertise. Le médecin s'appuie donc sur la demande et l'argumentation de l'infirmière ou/et du patient à partir desquels il prend sa décision. Il reste de fait légalement le seul à décider, dans un champ de pratiques pour lequel il n'a pas été prioritairement formé, celui des soins liés à la vie quotidienne⁷⁸ d'une personne en particulier et celui de la manière de l'accompagner avec une maladie qu'il a diagnostiquée et dont les standards vont dicter l'ensemble de ses prescriptions médicales et infirmières. Le point de référence reste ainsi la maladie.

⁷⁷ De MARTINO, J. (1984). *Formation paradoxale et paradoxes de la formation*. Toulouse: Privat. p. 24.

⁷⁸ Tels la toilette, les déplacements, l'alimentation, ...

Autrement dit, l'infirmière est appelée à exercer un rôle défini comme « indépendant » ou « autonome », reconnu et attendu, qui la place devant des responsabilités. Pour exemple, la jurisprudence fait état de condamnation d'infirmière n'ayant pas agi là où elle aurait dû/pu le faire⁷⁹. Cependant, elle exerce sous un statut dépendant y compris en ce qui concerne son propre champ de compétences.

2. II – Indépendance et Autonomie : une clarification nécessaire

La question réside dans la pertinence du recouvrement des deux concepts ou notions d'indépendance et d'autonomie. Associés dans les textes de lois et professionnels, présentés systématiquement de manière indifférenciée, peuvent-ils vraiment être superposés ?

2. II – 1 L'indépendance, versus dépendance

Le concept de dépendance, versus indépendance, est défini comme la soumission ou la subordination à l'autre, sujet ou objet (REY, A., REY-DEBOVE, J., 1989). L'indépendance renvoie donc à la liberté d'agir notamment dans l'exercice d'une fonction (REY, A., REY-DEBOVE, J., 1989) en dehors de toute référence autre que le choix de la personne. En psychologie, ce concept est défini en référence à la perception de la personne vis-à-vis du champ dans lequel il se situe, soit d'un contexte (indépendance, versus dépendance, à l'égard du champ⁸⁰). Cette approche présente ainsi une position radicale entre dépendance ou indépendance vis-à-vis de ce contexte.

Les termes de dépendance et d'indépendance sont également et régulièrement utilisés pour caractériser, voire évaluer l'état d'un patient et les soins requis qui s'en suivent. Cette approche se trouve actuellement interrogée à la lumière de la réorientation professionnelle attendue des infirmières et de la place que peut prendre le patient. A cet égard, le travail de Monseu (1992) montre comment la dépendance physique ne traduit pas automatiquement une diminution ou une absence d'autonomie. Elle souligne le risque pour l'infirmière de confondre ces deux concepts en centrant son accompagnement sur la capacité du patient à être indépendant, soit à faire seul et sans l'autre. L'autonomie, bien que mal définie, est d'une autre nature.

2. II – 2 L'autonomie, une référence à soi et à l'autre

Le concept d'autonomie est encore mal défini. En effet, si toutes les définitions de l'autonomie ramènent bien à l'origine grec du mot *autonomos* : « qui se régit par ses propres lois »⁸¹, elles ouvrent des interprétations larges dont les contours restent flous.

De sorte qu'au-delà de leur point d'ancrage, elles ne présentent pas un ensemble dominant et stable de caractéristiques communes qui permettent d'approcher facilement la réalité pour mieux la comprendre.

⁷⁹ MARCHAL, A., PSIUK, T. (2002). *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris: Seli Arslan.

⁸⁰ RICHELLE, M. (1991). Indépendance à l'égard du champ. In DORON, R. PAROT, F. (dir.). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Quadrige.

⁸¹ MORFAUX, L.-M. (1999, 1st ed 1988). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris: Armand Colin.

Pour exemple : l'autonomie est traitée tantôt comme une capacité, une aptitude, un processus ou une partie d'un processus. La plupart du temps, elle englobe un ensemble mouvant de notions et concepts qui tous ramènent bien l'individu à lui, ce qui reste le point commun de ce concept, sans toutefois offrir les caractéristiques définies d'un concept.

Par conséquent, pour approcher notre problématique, nous allons tenter de dégager les caractéristiques principales de l'autonomie afin de la définir dans le champ de notre recherche avant de pouvoir l'identifier de manière empirique.

Une exploration théorique plus fine des différentes définitions de l'autonomie introduit, simultanément au renvoi de l'individu à lui-même, la prise en compte et l'articulation de celui-ci et/avec l'autre (environnement). Pour exemple, nous nous appuyons ici sur trois définitions, issues des champs de la philosophie, de la biologie et des sciences humaines.

Ainsi, chez Kant :

« L'autonomie de la volonté est cette propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi (indépendamment de toute propriété des objets du vouloir). Le principe de l'autonomie est donc : de toujours choisir de telle sorte que les maximes de notre choix soient comprises en même temps comme lois universelles dans ce même acte de vouloir. »⁸²

Le concept d'autonomie renvoie ici à l'agir selon sa propre loi⁸³. C'est probablement ce qui amène à cette superposition avec l'indépendance et ceci d'autant plus que l'auteur associe ces deux termes dans sa définition générale de l'autonomie, soit :

« ...qui se régit par ses propres lois, indépendant, autonome. Caractère de ce qui se donne à soi-même sa loi, de ce qui obéit à sa propre loi. »⁸⁴

Cependant, cette définition de l'autonomie intègre, simultanément à sa propre loi, le champ universel et donc la référence à l'autre (environnement au sens large). En effet, renvoyer à l'universel concerne l'univers et s'étend à l'« ensemble de tout ce qui existe dans l'espace et dans le temps »⁸⁵, soit les autres et l'environnement. Kant précise ainsi la nécessité pour la personne d'en tenir compte dans le choix qu'elle fait pour ensuite s'y conformer d'elle-même :

« L'autonomie de la volonté est cette propriété qu'à la volonté d'être à elle-même sa loi (indépendamment de toute propriété des objets du vouloir). Le principe de l'autonomie est donc : de toujours choisir de telle sorte que les maximes de notre choix soient comprises en même temps comme lois universelles dans ce même acte de vouloir » (*Fondement de la métaphysique des mœurs*, 2^e section, p.170, Delagrave). »⁸⁶

⁸² KANT (*Fondements de la physique des mœurs*, 2e section, p. 170, DELAGRAVE) in RUSS, J., BADAL-LEGUIL, C. (2004). *Dictionnaire de la philosophie*. Paris: Bordas. p.36.

⁸³ Il s'agit de la « définition particulière de Kant » donnée dans le même ouvrage ci-dessus.

⁸⁴ RUSS, J., BADAL-LEGUIL, C. (2004). *Dictionnaire de la philosophie*. Paris: Bordas. p. 36.

⁸⁵ Idem, p. 433.

⁸⁶ Idem, p. 36.

Dans un autre champ disciplinaire, Varela, biologiste, définit l'autonomie à partir :

« ... de l'autonomie manifestée par les systèmes naturels [et] des capacités cognitives informationnelles. Ces deux thèmes sont en relation l'un avec l'autre comme l'intérieur et l'extérieur d'un cercle tracé sur un plan, inséparablement distincts, et pourtant unis par la main qui le dessine. Ces deux thèmes, l'autonomie et la commande, se livrent à une danse incessante. L'une représentant la génération, l'affirmation de sa propre identité, la régulation interne, la définition de l'intérieur. L'autre représentant la consommation, les systèmes à entrées/sorties, l'affirmation de l'identité de l'autre, la définition par l'extérieur. Leur jeu recouvre un vaste éventail de domaines, de la génétique à la psychothérapie. »⁸⁷.

Ainsi, selon Varela, l'autonomie se produit d'elle-même et par elle-même (théorie de l'autopoïse) « inséparablement » et pourtant « distinctement » de l'autre.

Enfin, dans le dictionnaire général des sciences humaines, l'autonomie est définie comme :

la « qualité dynamique de l'individu humain qui se singularise et assume son être propre dans sa rencontre avec autrui en y conservant son intégrité »⁸⁸.

Ces trois approches de l'autonomie introduisent de manière différente et cependant bien présente la référence à soi et la référence à l'autre. Autrement dit, si l'indépendance et la dépendance amène à une position binaire qui renvoie au pouvoir de l'un sur l'autre (la soumission de l'un à l'autre), l'autonomie comprend, quant à elle, une présence intrinsèque de l'un et de l'autre qui implique nécessairement leur interaction.

Si ces définitions de l'autonomie mettent en jeu « la personne et l'autre », se pose alors à leur suite la question de la place de chacun et le pouvoir d'agir de l'individu dans ce système.

2. II – 3 De l'autonomie à la puissance personnelle d'agir

Nous allons chercher chez Ricœur la référence à ce pouvoir agir qu'il nomme « la puissance personnelle d'agir »⁸⁹. Par « pouvoir agir », Ricœur entend :

« la capacité de produire des événements dans la société et la nature. Cette intervention transforme la notion d'événements, qui ne sont pas seulement ce qui arrive. Elle introduit la contingence humaine, l'incertitude et l'imprévisibilité dans le cours des choses. »⁹⁰.

Autrement dit, Ricœur situe la puissance d'agir :

⁸⁷ VARELA, F. (1989, édition originale 1980). *Autonomie et connaissance*. Paris: Seuil. p.7.

⁸⁸ THINES, G., LEMPEREUR, A. (1984). *Dictionnaire général des sciences humaines*. Louvain-La-Neuve: CIACO éditeur. p.112.

⁸⁹ RICOEUR, P. (2000). *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Seuil.

⁹⁰ RICOEUR, P. (2005). Devenir capable, être reconnu. *Revue Esprit*, n° 7.

- **pleinement du côté de la personne actrice** au travers de l'ascription : « Le terme d'« ascription » souligne le caractère spécifique de l'attribution lorsque celle-ci concerne le lien entre l'action et l'agent, dont on dit aussi qu'il la *possède*, qu'elle est la « sienne », qu'il se l'*approprie*. L'ascription vise, dans le vocabulaire qui est encore celui de la pragmatique du discours, la capacité de l'agent lui-même à se désigner comme celui qui fait ou a fait. »⁹¹
- **en regard d'un environnement non maîtrisable** par le pouvoir de l'acteur. Il l'expose en retraçant le fil de sa réflexion depuis Socrate jusqu'à Kant et sa « fameuse troisième « Antinomie de la raison pure » ; ce qui alors se donne à penser, c'est la « capacité de commencer de soi-même » (*von selbst*) (A 448 B 478) une série de phénomènes qui se dérouleront selon la loi de la nature. »⁹²

Il termine par la mise en évidence de la complexité de la délimitation de l'un et de l'autre :

« Dans un tel complexe d'interactions comment délimiter la part d'action de chacun ? Il faut alors s'en remettre à l'aveu du sujet agissant, prenant sur soi et l'assumant l'initiative dans laquelle s'effectue la puissance d'agir dont il se sent capable. »⁹³.

Ainsi, par son approche Ricœur met l'accent sur :

- l'importance pour l'individu de commencer à agir de lui-même en dehors de l'assurance qu'il peut avoir de contrôler son environnement,
- la puissance d'agir dont l'individu se sent capable pour commencer à agir
- la place de la nature s'ordonnant à partir de l'agir de l'individu, sans maîtrise de ce dernier à son égard.

Autrement dit, contrairement à l'indépendance, l'autonomie s'inscrit dans un système de dépendances interactives. En référence à Kant, Malherbe précise que :

« ... une personne vraiment autonome apprend à lire la loi qui est inscrite au plus profond d'elle-même et qui définit son appartenance à l'humanité. »⁹⁴

La distinction réside dans la prise en compte ou non du contexte (environnement) et de l'autre, c'est-à-dire, l'introduction ou non de l'interaction.

Ainsi, il s'agit de deux concepts différents qui ne se confondent pas et où l'autonomie n'est ni assimilée, ni subordonnée à l'indépendance.

Ce qui signifie que l'infirmière est appelée à agir de manière autonome, soit selon sa propre loi (en référence à la santé) dans un système de dépendances interactives⁹⁵ qui

⁹¹ RICOEUR, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris: Stock. p. 149.

⁹² Idem, p. 150.

⁹³ Idem, p. 149-150.

⁹⁴ MALHERBE, J.-F. (1994). *Autonomie et prévention*. Montréal et Artel : Editions Fides. p. 122.

⁹⁵ NOEL-HUREAUX, E. (2004). Un concept polysémique : l'autonomie. *Recherche en soins infirmiers*, n° 78, p. 61.

comprend l'ensemble des acteurs du système de santé (médecin, institution, patient, assureur, ...) agissant eux-mêmes de manière autonome selon leur propre loi.

De sorte que, si l'infirmière est bel et bien dépendante du champ médical et institutionnel, soit soumise à leur loi, elle est à même de conserver une autonomie, au travers du choix de ses orientations et de la capacité à les faire valoir grâce aux interactions avec les différents acteurs du système de santé. Cette approche est illustrée ci-dessous à partir des textes où le rôle autonome, issu du mouvement de professionnalisation, est particulièrement mis en valeur. Par rôle, nous entendons l'aspect dynamique du statut⁹⁶ qui offre, au travers de l'exercice infirmier quotidien, une marge de manœuvre que Noël-Hureaux (2003) propose dans les conclusions de sa thèse comme une des approches de l'autonomie infirmière.

Dans ce même ordre d'idée, appuyé d'une proposition opérationnelle, Marchal et Psiuk (2002) montrent comment l'autonomie de l'infirmière s'exprime au travers du « jugement clinique », autorisé dans le cadre de la législation française.

« Le jugement clinique combine le savoir théorique d'une infirmière à la connaissance particulière d'une personne soignée. Autrement dit, le jugement clinique établit le lien entre le savoir général de l'infirmière et le savoir particulier lié à une personne et à sa condition de santé. Selon Benner (1982), le jugement clinique s'affine avec le développement de l'expertise et repose sur une capacité d'appréhender globalement la situation afin d'intervenir de façon appropriée. Les fonctions infirmières, plus particulièrement celle qui consiste à soigner, font appel à différents types de savoirs. Par exemple, selon Kim (1994), le savoir infirmier requis pour poser un jugement clinique s'inspire des théories qui définissent le problème de santé, des théories qui proposent des façons d'intervenir, des théories qui précisent comment choisir les interventions de façon à ce qu'elles correspondent à des besoins particuliers et, finalement, des théories qui précisent ce qui se produira lorsque les soins seront prodigués tels qu'ils ont été planifiés.»⁹⁷.

Dans cette perspective, ces auteurs clarifient l'autonomie de l'infirmière par l'engagement de :

« ... sa responsabilité à la fois dans les jugements cliniques qu'elle va poser dans les trois domaines cliniques ... identifiés dans le modèle trifocal – les pathologies, les risques de problèmes médicaux et de réactions humaines, les réactions humaines physiques et psychologiques réelles –, et dans ses jugements stratégiques d'adaptation des soins infirmiers à chaque patient, qu'ils soient prescrits par le médecin ou par l'infirmière. »⁹⁸.

⁹⁶ A partir des définitions du statut : « sens étroit, position qu'occupe un individu dans un groupe donné. » et du rôle : « le rôle social, aspect dynamique du statut, désigne les conduites d'un individu dans les différents groupes auxquels il appartient ... ». MORFAUX, L.-M. (1999, 1st ed 1988). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris: Armand Colin.

⁹⁷ DALLAIRE, C. (2002). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal: Gaëtan Morin, p. 86-87.

⁹⁸ MARCHAL, A., PSIUK, T. (2002). *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris: Seli Arslan. p. 58.

L'ambiguïté porte ici sur cette prescription infirmière qui peut bien exister en soi car elle est reconnue par la loi mais qui, effectivement, ne peut se faire réellement pour une question de financement (puisque ses actes ne sont pas remboursés par les assurances maladies). C'est là qu'intervient l'autonomie de l'infirmière qui s'inscrit dans sa dépendance statutaire au corps médical.

Autrement dit, l'autonomie infirmière se développe à partir de son « jugement clinique » et de son « jugement stratégique », grâce à des connaissances dans chacun de ces domaines, au travers d'une interaction constante avec le contexte et ses acteurs. Cette autonomie repose donc sur la capacité de l'infirmière à se positionner (à partir de son champ propre : la santé) et pour ce faire à se former in situ et en continu.

Le tableau suivant est construit à partir des définitions du statut, du rôle et de la fonction⁹⁹. Chacun de ces trois niveaux sont croisés avec

- la nature du savoir à mobiliser (selon les cahiers des charges¹⁰⁰ et référentiels de compétences¹⁰¹),
- le pouvoir auquel ce niveau renvoie (selon les textes de lois¹⁰²).

La troisième colonne présente la marge de manœuvre qui s'y rapporte, entre autonomie et dépendance, selon l'approche qui vient d'être développée.

Ce tableau ci-dessous, de notre composition, illustre la situation paradoxale vécue par l'infirmière et met en évidence la marge de manœuvre possible à développer qui correspond à son autonomie au sein de sa pratique aujourd'hui.

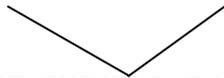
⁹⁹ MORFAUX, L.-M. (1999, 1st ed 1988). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris: Armand Colin. p. 319 et 129.

¹⁰⁰ Annexe 1.

¹⁰¹ Annexe 2.

¹⁰² Présentés au chapitre 1.

Tableau 4 - l'autonomie professionnelle infirmière selon son savoir et son pouvoir

	SAVOIR	POUVOIR	MARGE DE MANŒUVRE ENTRE DEPENDANCE ET AUTONOMIE
STATUT position dans la société	<ul style="list-style-type: none"> - entretien de la vie santé, promotion et prévention - aide aux mesures diagnostic, thérapeutique et préventive - éducation / santé 	<ul style="list-style-type: none"> - dépendant du corps médical (prescription médicale de tous ses soins et de son rôle autonome) - dépendant de l'institution (contrat) 	<p style="text-align: center;">aucune</p> <p style="text-align: center;">(une influence possible au travers d'engagements politique et associatif)</p>
ROLE "autonome" et "délégué" conduite comportement	<ul style="list-style-type: none"> - « jugement clinique »¹⁰³ - « jugement stratégique »¹⁰⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> - décision - initiative - responsabilité 	<p style="text-align: center;">Marge de manœuvre et de développement au travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de pratiques autoformatives - d'un sentiment d'efficacité 
FONCTION activités/tâches	tous les soins décrits dans la loi (autonome et délégué)	tous les soins décrits dans la loi (autonome et délégué) mais uniquement sur prescription médicale	Activités, soit manière d'investir la tâche

Autrement dit une marge de manœuvre existe bel et bien qui, de plus, est attendue de la part de l'infirmière. **De fait, c'est la manière d'investir la tâche ou l'activité qui traduit l'orientation vers la santé et sa promotion.** Cette marge de manœuvre renvoie à la responsabilité de la professionnelle. C'est précisément la recherche des principaux facteurs qui contribuent au déploiement de cette orientation santé par la professionnelle qui nous intéresse ici.

Ainsi, la clarification opérée entre l'indépendance et l'autonomie nous amène à cibler notre recherche sur l'autonomie dans une approche sociocognitive à partir du niveau d'observation micro-social (DEJEUX, 2004).

2. III – La pratique infirmière autonome : une pratique de santé

Cette troisième partie propose une définition de l'autonomie infirmière à partir de la puissance personnelle d'agir par une distinction claire de l'orientation qui la sous-tend.

¹⁰³ « Le jugement clinique combine le savoir théorique d'une infirmière à la connaissance particulière d'une personne soignée. Autrement dit, le jugement clinique établit le lien entre le savoir général de l'infirmière et le savoir particulier lié à une personne et à sa condition de santé. » (GOULET, 2002) p. 86-87.

¹⁰⁴ « Nous avons choisi le terme « stratégique » à la place de « thérapeutique », car la stratégie intègre non seulement les décisions de soins mais également l'art de les coordonner et de manœuvrer habilement pour atteindre un but. » MARCHAL, A., PSIUK, T. (2002). *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris: Seli Arslan. p. 58.

Elle le fait en référence à une théorie de la pratique infirmière qu'elle interroge, la « médiologie de la santé »¹⁰⁵ et dont nous prenons distance pour identifier l'autonomie dans les pratiques infirmières.

2. III – 1 La médiation : ... pratique professionnelle de l'entre

Comme nous l'avons mis en évidence dans la problématique, la pratique infirmière, placée entre deux modèles de santé, se trouve en tension entre deux logiques et deux orientations qui ne permettent pas de situer clairement ni ses caractéristiques, ni ses orientations.

Une recherche sur l'activité des soignantes laïques au XVIIIe siècle (NADOT,1993) propose une théorie de la pratique infirmière qui introduit, outre les soins liés à la vie quotidienne auprès du malade, un second pôle de pratique centré sur le système de santé.

Il présente ainsi une théorie de la pratique infirmière au travers d'un « *service rendu* » par l'infirmière à trois ensembles culturels différents qui se rapportent à trois ordres différents : institutionnel, médical et non médical¹⁰⁶.

L'approche centrée sur la personne soignée, dans ce modèle, renvoie à l'un des deux degrés d'intervention de la pratique soignante. En effet, ce modèle présente l'activité professionnelle selon deux degrés d'intervention de nature et de complexité variables : les « prestations de soins » et les « prestations soignantes dites médiologiques » qui sont précisées comme suit :

- des « prestations de soins », définies comme « le soin en tant que relation à la personne soignée (la médiation de santé) » ; ces prestations concernent l'ordre non médical de son modèle et l'approche centrée sur la personne soignée,
- des « prestations soignantes dites *médiologiques* » définies comme un « service rendu à trois ensembles culturels » par l'infirmière qui occupent ainsi une « position d'intermédiaire culturelle ». Ces prestations renvoient aux trois ordres nommés ci-dessus y compris l'ordre soignant non médical et constituent l'approche centrée sur le système de santé.

¹⁰⁵ NADOT, M. (1993). Des "médiologues" de santé à Fribourg? Histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744-1944), thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Lyon : Université Lumière Lyon 2.

¹⁰⁶ Notons en passant la terminologie choisie par Nadot qui situe l'ordre auquel les infirmières appartiennent, « l'ordre non-médical », en référence au champ médical d'une part et par la négative d'autre part. Ceci montre à notre sens la prégnance du modèle médical et la difficulté pour la profession infirmière de s'en distinguer.

Figure 1 – Les deux degrés d'intervention de l'infirmière selon le modèle de médiologie de la santé¹⁰⁷.

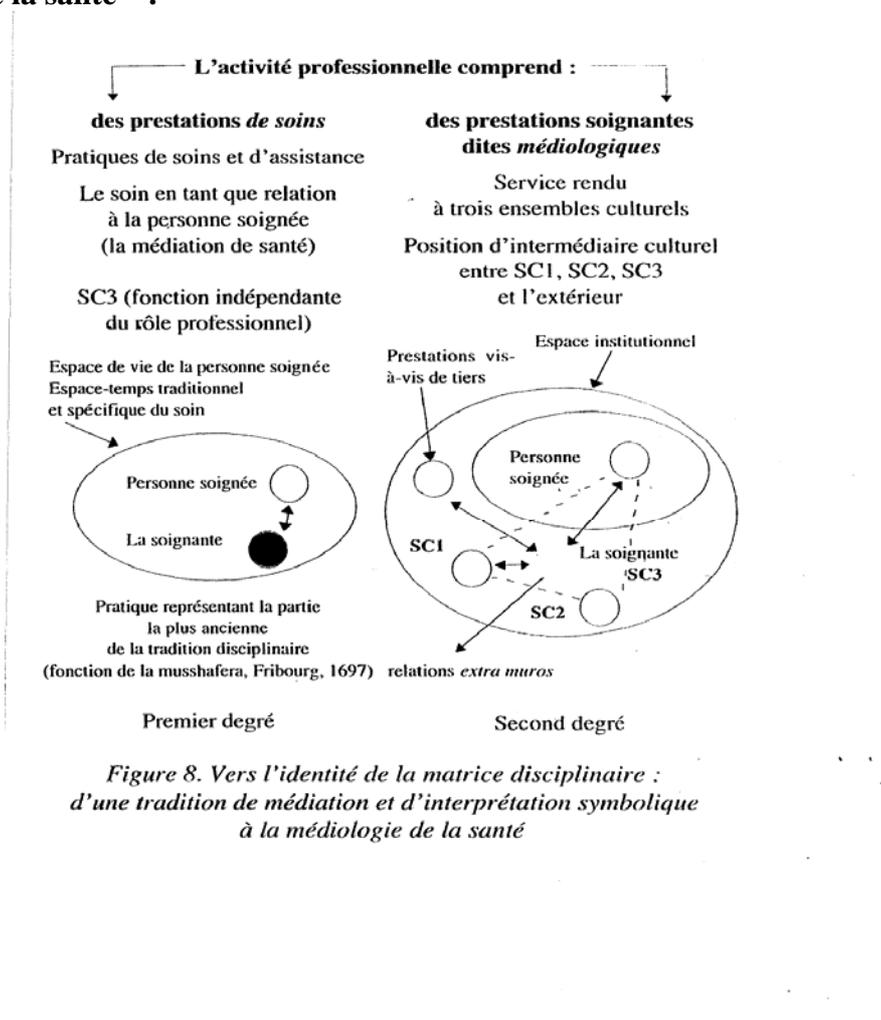


Figure 8. Vers l'identité de la matrice disciplinaire : d'une tradition de médiation et d'interprétation symbolique à la médiologie de la santé

De ce fait, ce modèle élargit la vision des prestations soignantes telles que souvent présentées et décrites. Il formalise ainsi deux niveaux d'intervention de la pratique infirmière : un centré sur le patient et l'autre sur l'organisation dans laquelle se situe le patient.

« Mais soigner et porter son attention à l'expression des misères n'était pas la seule compétence attendue chez les soignants. Au cœur d'une économie hospitalière déjà complexe, ils devaient en assurer l'organisation, la gestion et toute la logistique. Ils occupent alors, au cœur du système, une place vitale d'intermédiaire culturel consistant à mettre incontestablement en rapport divers interlocuteurs qui, sans eux, n'en auraient pas. »¹⁰⁸.

¹⁰⁷ NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 54.

Le système culturel (SC1) rend service à l'institution de soins (organisation, contrôle).

Le système culturel (SC2) rend service au corps médical (recueils de données, application prescription médicale).

Le système culturel (SC3) rend service à la personne soignée (relation, soutien, éducation).

¹⁰⁸ Idem, p. 40.

Autrement dit, Nadot introduit dans la pratique infirmière l'environnement et le contexte dans lesquels se déroule la pratique auprès du patient comme un des pôles de la pratique infirmière. Ce faisant, il fait droit à une réalité vécue dans les pratiques de soins des infirmières. Il présente ces deux niveaux d'intervention comme la base de la « matrice disciplinaire »¹⁰⁹ des sciences infirmières, soit en référence à Kuhn, cité par Develay (1992), le principe d'intelligibilité de la discipline ou son cadre de référence.

Cependant, Nadot précise encore que :

« la médiologue de santé (infirmière) développe des compétences complexes au service de trois ensembles bénéficiaires qui ont chacun leur finalités propres » et il ajoute que ces « trois ensembles en question ne sont pas forcément en synergie ».

De cette manière, il reconnaît implicitement la tension mise en évidence dans de nombreux ouvrages entre des prestations centrées sur la personne et des prestations centrées sur l'organisation et présente un modèle qui tente d'intégrer des pratiques différentes voire divergentes là où plusieurs auteurs interrogent voire dénoncent l'incompatibilité et l'impossible posture (ABDELMALEK, A. A., GERARD, J-L., 1995; AIACH, P., FASSIN, D., 1994; DUBET, F., 2002; PETITAT, A., 1994).

Ce faisant, il précise que l'infirmière peut situer son activité sur un continuum allant d'activités entièrement centrées vers ce premier degré d'intervention à des activités entièrement centrées vers le second degré d'intervention et ceci en fonction de sa [de l'infirmière] propre conception du rôle professionnel (culture et personnalité) » et il ajoute :

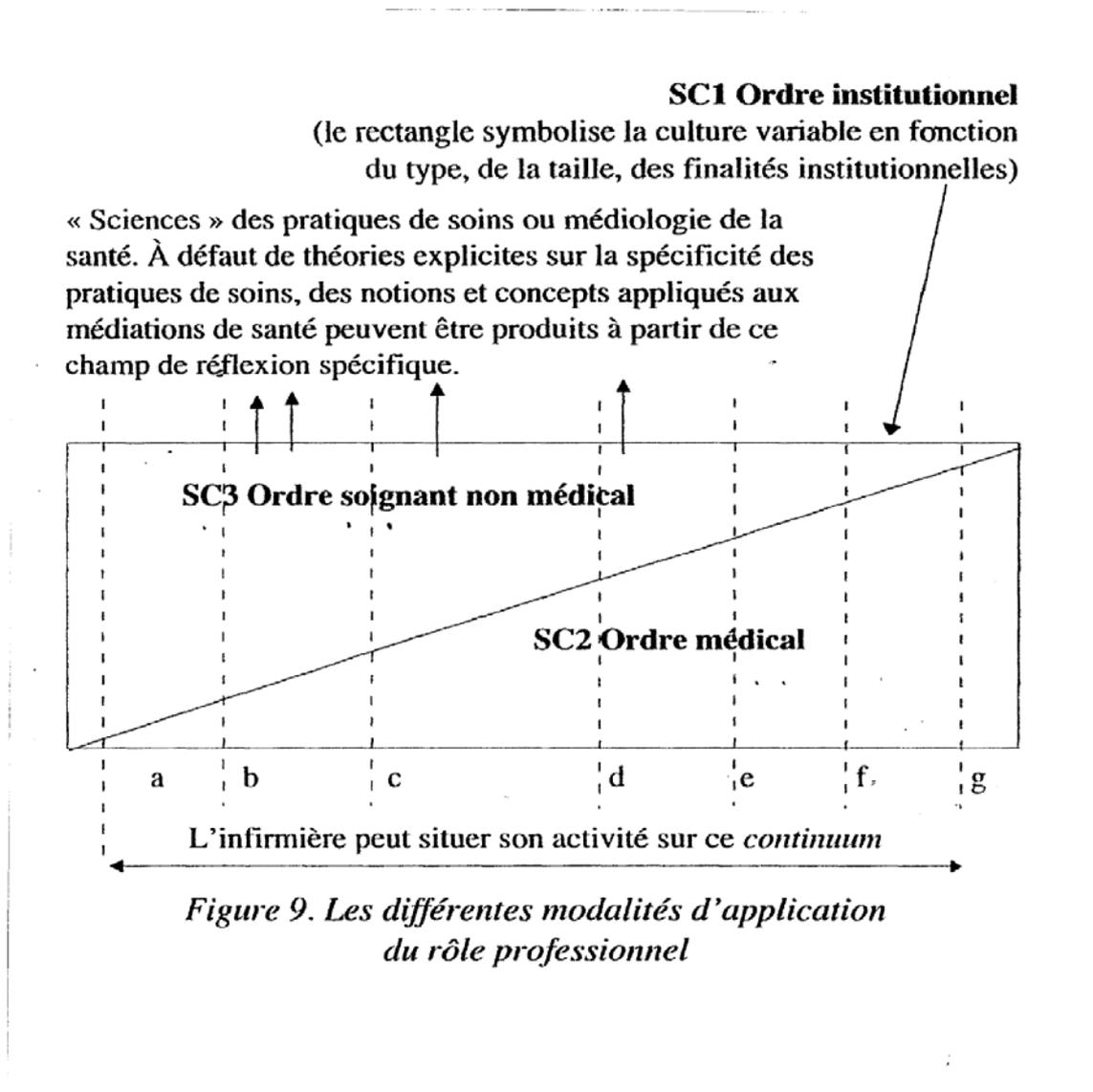
« Confrontée à la fréquence des actions réclamées par les systèmes culturels bénéficiaires et au traitement particulier des informations reçues, il s'agira d'essayer de dominer l'incertitude liée à la complexité de la situation professionnelle, car toute situation de soins (parce qu'humaine) est complexe. »¹¹⁰.

Le schéma qui accompagne le commentaire de Nadot montre par ailleurs que plus il y a de l'un et moins il y a de l'autre.

¹⁰⁹ NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 54.

¹¹⁰ Idem, p. 61.

Figure 2 - "Les différentes modalités d'application du rôle professionnel"¹¹¹



Autrement dit, l'orientation « santé » des soins donnés repose sur l'infirmière et sur sa capacité à leur faire place dans le contexte de contraintes dans lesquels ils se déroulent. Elle relève d'une capacité à se positionner face aux autres acteurs de la santé, (et non à se situer dans l'« entre ») et renvoie ainsi à l'autonomie telle que nous venons de la présenter.

2. III – 2 ... à une posture « santé » : le choix d'une pratique infirmière

Cette orientation santé nécessite donc, de la part des professionnelles, une réelle posture centrée sur la santé. Par posture, nous entendons :

« La manifestation d'un état mental, façonné par nos croyances et orienté par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification »¹¹².

¹¹¹ NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 62.

Une telle posture relève de l'autonomie et contribue à inscrire dans les pratiques la réorientation demandée, enseignée et attendue. Elle s'appuie sur les croyances des infirmières. Une telle posture exerce l'influence recherchée au travers de comportements qui y correspondent grâce à la puissance d'agir de l'infirmière.

Cette puissance d'agir renvoie l'infirmière à sa spécificité en regard des savoirs pratiques précisés par Blondeau (2002)¹¹³ :

« Le savoir pratique concerne, d'une part, le faire (*making*) et, d'autre part l'agir (*doing*). Le faire se réfère à la dimension artistique alors que l'agir rejoint la dimension éthique. Dans les deux cas, le but poursuivi est la réussite. Dans le faire, qui consiste dans la production, le succès vient avec le produit – un soulier, un tableau, un mets, un bandage, etc...Le produit ainsi réalisé est distinct de l'artisan ou de l'artiste. Le faire (*making*) poursuit donc la réalisation d'un produit bien fait et, pour cette raison, il ne s'adresse pas à la réalisation de l'artisan en tant qu'être humain. Par opposition, l'agir (*doing*) sollicite l'être humain en tant que tel, c'est-à-dire sur les plans moral et social, puisque le succès de l'action relève du sujet en soi et en relation avec autrui. L'agir contribue ainsi à la réalisation de l'être humain lui-même. Le savoir propre au soin infirmier conçu comme un art pratique comprend donc une dimension artistique (*making*) et une dimension éthique (*doing*)¹¹⁴.

Ainsi cette dimension éthique, rapprochée d'un savoir agir qui sert à distinguer la bonne action de la mauvaise, nommée la « sagesse pratique » ou encore la « sagesse prudentiel » s'intéresse à la relation entre les moyens utilisés et les fins poursuivies. (BLONDEAU, 2002). Elle rejoint, à nos yeux, la pratique spécifique de l'infirmière, la « pratique de santé » centrée sur la santé du patient en fonction de la propre définition du patient.

2. III – 3 Vers une définition d'une pratique infirmière autonome

L'ensemble des éléments ci-dessus mettent en évidence que l'infirmière intervient dans le champ des systèmes de santé au travers d'un double niveau d'activités. Celui-ci se rapproche des deux pratiques précisées plus haut, « pratique de santé » et « pratique de soins ».

Cependant, la spécificité propre, attendue et pour laquelle l'infirmière est aujourd'hui formée renvoie à une « pratique de santé » et concerne l'autonomie de l'infirmière au sein de sa pratique. En conséquence, on ne peut pas parler aujourd'hui d'une profession autonome mais d'une pratique autonome (GOULET, 1999) liée à une spécificité reconnue, qui demande aux infirmières une posture claire dans le milieu de la santé aux côtés des autres acteurs de la santé.

¹¹² LAMEUL, G. (2006). Former des enseignants à distance? Etude des effets de la médiatisation de la relation pédagogique sur la construction des postures professionnelles, thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Nanterre : Université de Paris-X-Nanterre. p. 112.

¹¹³ Docteur en philosophie et Professeur à l'université Laval.

¹¹⁴ BLONDEAU, D. (2002). L'art du soin infirmier: un art pratique, la nécessaire relation entre l'art et l'éthique. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal : Gaëtan Morin, p. 306.

Ainsi la pratique autonome de l'infirmière peut être définie comme **la puissance personnelle d'agir de l'infirmière reliée à son domaine professionnel spécifique, soit celui de la santé et de son développement que nous avons nommé la « pratique de santé » au travers d'une formation continue et in situ au sein du système de santé.**

Cette pratique autonome, l'infirmière peut et doit la développer en s'appuyant sur les acquis du processus de professionnalisation.

La clarification ainsi opérée entre l'indépendance et l'autonomie nous amène à cibler notre recherche sur l'autonomie dans une approche sociocognitive à partir du niveau d'observation micro-social (DEJEUX, 2004).

Autrement dit nous abordons la question de l'autonomie dans les pratiques infirmières de deux manières :

- par une approche microsociale, soit celle de la « pratique de santé » de l'infirmière,
- en passant d'une définition politique de la pratique autonome de l'infirmière (confondue avec l'indépendance) définie par d'autres (environnement) à une définition sociocognitive, soit celle où l'infirmière a un pouvoir sur son comportement et sur son environnement dans le champ d'expertise qui est le sien.

Le chapitre suivant va préciser la manière d'identifier l'autonomie de l'infirmière selon la définition proposée et les facteurs qui contribuent à sa construction. Ceci correspond à la présentation du cadre de référence qui va nous permettre d'explorer cette question.

Chapitre 3 – Une approche sociocognitive de la question

Ce troisième chapitre présente le cadre de référence théorique permettant d'explorer la puissance d'agir de l'infirmière au travers d'une « pratique de santé », soit son autonomie telle que définie au chapitre 2, et pose l'hypothèse de travail qui va guider notre recherche.

Une première partie (3. I) met en évidence la nécessité de passer d'une approche binaire de la question (environnement – comportement) à une appréhension triadique (facteurs personnels – comportement – environnement) grâce au paradigme sociocognitif (BANDURA, 2003) pour identifier les différents facteurs en jeu dans la problématique et pour rendre compte de l'autonomie dans les pratiques.

Une deuxième partie (3. II) prend appui sur des références, issues de travaux de recherche concernant les infirmières, qui mettent en évidence l'importance du sentiment d'efficacité personnelle (SEP) et du sentiment d'efficacité collective (SEC) dans le développement d'une « pratique de santé » auprès de patients ainsi que leur lien avec des pratiques autoformatives, définies comme un agir par soi-même dans le champ de sa formation en situation de travail.

La troisième et dernière partie (3. III) fait apparaître, sur la base d'entretiens exploratoires réalisés dans la perspective de la présente recherche, des liens entre un haut niveau de compétences professionnelles, des pratiques autoformatives et un sentiment d'efficacité personnelle élevé. Elle reprend les éléments-clés de la théorie sociocognitive et l'intérêt de son choix pour guider la partie empirique de cette recherche. Elle expose, à sa suite, une hypothèse de travail qui relie le sentiment d'efficacité, les pratiques professionnelles infirmières : « pratique de santé » et « pratique de soins » et les pratiques autoformatives.

3. I – D'une approche binaire à une approche triadique, un changement de paradigme

Une première partie met en évidence la nécessité de passer d'une approche binaire de la question à une appréhension triadique grâce au paradigme sociocognitif et à la théorie de Bandura pour identifier les différents facteurs en jeu dans la problématique décrite et pour rendre compte du processus engagé. Elle présente cette théorie et son application dans la recherche.

3. I – 1 Une approche dynamique de la question

Les diverses études effectuées à ce jour tentent de clarifier les attributions respectives des difficultés entre l'infirmière et son environnement (DALLAIRE, 2002; GOBET, 2002).

Une approche sociocognitive largement développée aujourd'hui pour comprendre la dynamique en jeu dans les processus de régulation de l'activité humaine devrait permettre d'élargir cette question et d'appréhender cette problématique à partir de trois catégories de facteurs : personnels, comportementaux et environnementaux et d'en dégager les éléments nécessaires à son déploiement (BANDURA, 2003).

Selon ce psychologue canadien, le fonctionnement humain est le produit d'une interaction dynamique entre des cognitions, des comportements et des circonstances environnementales.

Par conséquent, dans ce modèle de relation triadique réciproque, l'individu est à la fois le produit et le producteur de sa condition d'existence, ce qui lui donne le pouvoir d'agir dans un contexte donné tout en étant également influencé par lui en retour. Dans le contexte qui nous occupe, cette position permet d'envisager le pouvoir d'agir des infirmières dans un contexte qui agit en retour sur ce pouvoir et offre la possibilité de sortir du sentiment d'impuissance souvent décrit.

Ainsi, la prise en compte de l'individu dans ses dimensions psychologiques (ses croyances et facteurs personnels), sociales, cognitives et affectives permet l'approche de la complexité de l'agir humain en situation.

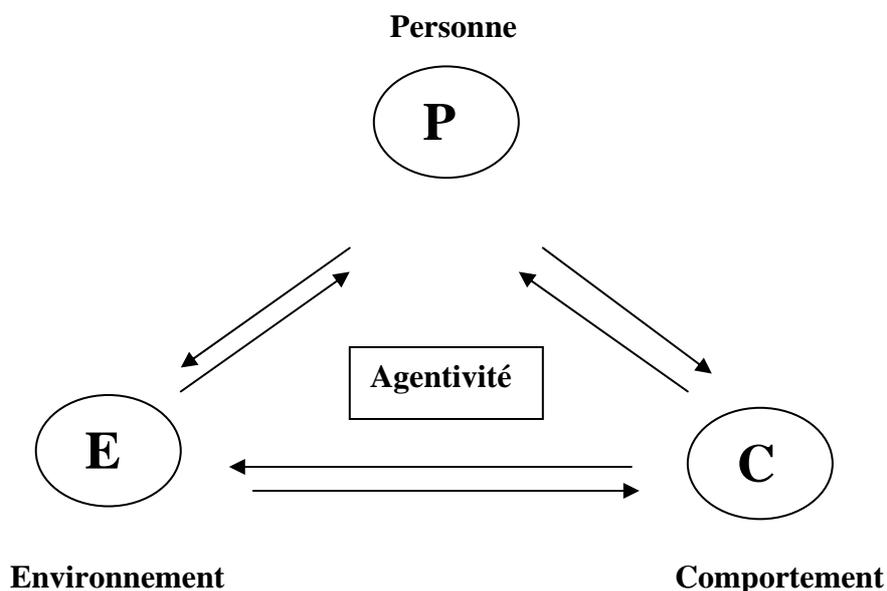
Cette théorie se distingue de ce fait d'une approche béhavioriste qui considère uniquement la relation environnement-comportement (stimulus-réponse), d'une approche psychologique qui considère prioritairement la relation facteurs personnels-comportement et d'une approche sociologique qui considère de manière privilégiée la relation comportement-environnement.

Par conséquent, sortant d'une approche binaire et réductrice, la théorie sociocognitive rend compte de la régulation de l'activité humaine et du pouvoir d'agir de la personne au sein de son environnement. Dans cette perspective, elle prend en compte la complexité et permet de saisir les processus en jeu au travers :

- des **facteurs personnels internes** qui concernent les événements vécus aux plans cognitif, émotionnel et biologique et leurs perceptions par le sujet (ces facteurs personnels renvoient aux croyances de la personne),
- des **déterminants comportementaux** qui décrivent les modalités d'action effectivement réalisées et les schémas comportementaux (ce groupe de facteurs renvoie aux comportements réalisés par la personne),
- des **propriétés de l'environnement** social et organisationnel, des contraintes qu'il impose, des stimulations qu'il offre et des réactions aux comportements qu'il entraîne qui représentent le déterminant environnemental.

Ces trois aspects sont à la fois construits, imposés et choisis. Ainsi, une telle approche permet d'interroger la puissance d'agir de l'infirmière sur son comportement et sur son environnement.

Figure 3 - le modèle triadique réciproque de la théorie sociocognitive (BANDURA, 2003) ¹¹⁵



3. I – 2 De la puissance personnelle d’agir à l’agentivité

Cette « puissance personnelle d’agir », traduction que fait Paul Ricoeur (2004) de l’*agency*, est utilisée également par Bandura (2003) pour désigner « le fait d’exercer une influence personnelle sur son propre fonctionnement et sur son environnement ».

Jacques Lecomte, dans sa traduction, précise que Ricoeur traduit l’*agency* comme « la puissance personnelle d’agir »¹¹⁶ et que bien que tout à fait pertinente, c’est-à-dire correspondant à la définition que Bandura en donne dans son ouvrage, elle ne sera pas reprise telle quelle dans la traduction de son livre afin d’éviter des lourdeurs. Elle sera ainsi traduite par le néologisme « agentivité »¹¹⁷.

Ce concept de « puissance personnelle d’agir dont il se sent capable » est par conséquent repris par Bandura (2003) selon la traduction française comme « l’agentivité ».

Dans son modèle, Bandura définit précisément l’agentivité comme la « capacité d’être à l’origine d’actes visant des objectifs définis »¹¹⁸. Ce faisant, il intègre la dimension de l’individu, dans laquelle il distingue ses facteurs personnels de ses comportements et la dimension de son environnement.

¹¹⁵ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d’efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 17.

¹¹⁶ RICOEUR, P. (2000), *La mémoire, l’histoire, l’oubli*, Paris : Seuil, p. 597 et p. 638.

¹¹⁷ LECOMTE, J. note du traducteur in BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d’efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck.

¹¹⁸ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d’efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 13.

Par ailleurs cette agentivité est spécifiée par le fait de viser un objectif défini. Autrement dit l'agentivité humaine est contextualisée et concerne ici la capacité et le pouvoir d'agir d'un individu relié à un ou des objectif/s défini/s dans un contexte donné.

Ainsi, l'agentivité telle que définie par Bandura se présente comme un processus qui peut-être rendu visible au travers de facteurs identifiés (personnels, comportementaux et environnementaux) en regard d'objectifs définis.

Bandura précise que :

« L'adaptation et le changement sont enracinés dans des systèmes sociaux et que l'agentivité personnelle opère donc au sein d'un vaste réseau d'influences sociostructurelles »¹¹⁹.

Ce qui signifie que le changement lié à la réorientation de la pratique infirmière est enraciné dans le système sanitaire et que le pouvoir personnel d'agir de l'infirmière opère au sein du réseau d'influences de ce système aussi bien en ce qui concerne les groupes sociaux (médecins, professions para-médicales, administratifs, ..) que les structures dans lesquelles ils travaillent (organisation, organigramme, cahier des charges, ...).

Ces éléments peuvent s'opérationnaliser au travers du modèle de relation triadique réciproque dont la résultante présente la puissance personnelle d'agir que Bandura (2003) nomme l'agentivité.

Ce modèle de relation triadique réciproque nous permet ainsi d'identifier l'autonomie de la pratique infirmière telle que nous l'avons définie en précisant l'objectif attendu par la réorientation professionnelle, soit une « pratique de santé ».

3. II – La place des croyances personnelles en regard d'une « pratique de santé »

Afin de préciser les principaux facteurs qui contribuent à une « pratique de santé » chez l'infirmière, deux types de croyances personnelles sont explorées.

Bien que ces croyances relèvent principalement du sentiment d'efficacité dans la théorie sociocognitive, le contexte propre aux infirmières et à leur histoire nous amène à introduire une croyance de nature sensiblement différente, celle du contrôle que l'infirmière exerce sur son comportement.

3. II – 1 Le sentiment d'efficacité

Les croyances d'efficacité, concept-clé de l'agentivité humaine selon Bandura (2003) comprennent une dimension personnelle et une dimension collective qui, « bien que ...clairement séparables conceptuellement, [elles] opèrent en fait habituellement

¹¹⁹ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 17.

ensemble parce que les individus doivent s'appuyer, au moins dans une certaine mesure, sur les autres pour accomplir leurs tâches. »¹²⁰

3. II – 1.1 Le sentiment d'efficacité personnelle

Comme déclenchement de cette dynamique, Bandura présente le concept clé de ce pouvoir personnel d'agir, à savoir le « sentiment d'efficacité personnel » (SEP) ou encore « efficacité personnelle » ou « auto-efficacité » traduit de *self efficacy* dans son ouvrage (BANDURA, 2003)¹²¹.

Ce sentiment d'efficacité concerne la croyance de la personne, et à ce titre correspond à la catégorie de facteurs personnels, en sa capacité à atteindre un objectif donné.

Cette croyance est un puissant moteur d'action car, dit Bandura, si quelqu'un ne pense pas qu'il puisse atteindre un but, il y a peu de chance qu'il se mobilise pour cela, alors qu'au contraire s'il pense pouvoir atteindre ce but, il va se mobiliser pour y parvenir.

De nombreuses recherches conduites par Bandura (2003) et ses collaborateurs montrent par ailleurs que cette croyance prédit l'atteinte du but visé. Autrement dit **la croyance de pouvoir atteindre le but détermine non seulement la mobilisation de la personne dans cette perspective mais encore prédit l'atteinte de ce but.**

En regard de la problématique présentée, ce concept-clé est particulièrement intéressant car il nous permet d'en dégager deux éléments.

Premièrement la question de la motivation, présentée dans le chapitre précédent comme de la démotivation chez les infirmières, est ici reliée à leur pouvoir d'agir, versus leur impuissance.

Par conséquent, rechercher le SEP des infirmières permet de rendre visible leur pouvoir d'agir et de répondre aux questions suivantes :

- quel est le pouvoir personnel d'agir de l'infirmière ?
- existe-t-il ?
- et dans quelle circonstance se développe-t-il ?

Secondement, **si ce SEP est contingent**, c'est-à-dire qu'il concerne un but ou une activité précise, **alors le chercheur revient à le faire vis-à-vis d'une activité en particulier, ici la « pratique de santé »**. Il permet de ce fait d'identifier les caractéristiques de la professionnelle concernée ainsi celles de son environnement de travail. Ce second élément devrait permettre de répondre à la question de recherche : « quels sont les principaux facteurs qui permettent à l'infirmière de développer une pratique professionnelle autonome, centrée sur la prévention, le maintien et la promotion de la santé, soit une « pratique de santé », au sein d'un contexte hospitalier prioritairement centré sur une « pratique de soins » ?

¹²⁰ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 695.

¹²¹ Idem, note du traducteur.

De cette manière, ce modèle permet ici d'identifier chez l'infirmière les liens entre ses croyances d'efficacité, ses comportements professionnels en regard des environnement(s) dans lesquels ils se déploient.

3. II – 1.2 Le sentiment d'efficacité collective

La théorie sociocognitive élaborée par Bandura adopte également une vision plus large de l'agentivité qui concerne la collectivité.

« Les gens ne vivent pas de façon isolée et agissent ensemble pour produire les effets qu'ils souhaitent. L'interdépendance grandissante de la vie sociale et économique souligne le besoin d'élargir le thème des recherches au-delà de l'influence individuelle, vers l'action collective destinée à façonner le cours des événements. »¹²².

Le sentiment d'efficacité collective (SEC), bien que moins développée sur le plan empirique que le sentiment d'efficacité personnelle, concerne : « une croyance partagée par un groupe en ses capacités conjointes d'organiser et d'exécuter les actions nécessaires pour produire un niveau donné de réalisation »¹²³

« Le SEC est une caractéristique émergente au niveau du groupe plutôt que simplement la somme de l'efficacité personnelle perçue de chaque membre ... Les croyances des gens en leur efficacité collective influencent le type d'avenir qu'ils envisagent, la manière dont ils gèrent leur ressources, les plans et stratégies qu'ils élaborent, la quantité d'énergie qu'ils investissent dans les activités de leur groupe, leur persévérance lorsque les efforts collectifs ne produisent pas de rapides résultats ou rencontrent une opposition vigoureuse, et leur vulnérabilité au découragement. »¹²⁴.

La question du sentiment d'efficacité collective des infirmières est également particulièrement intéressante en regard de la réorientation de leurs pratiques. En effet, quelles sont les croyances des infirmières concernant leur puissance collective de développer leur pratique réorientée vers la prévention, le maintien et la promotion de la santé ? La réponse à cette question permettrait de situer les leviers de ce développement.

Dans cette perspective, les sources qui permettent la construction du SEP/SEC (les mêmes pour chacun d'eux) sont également précisées et donnent des éléments précieux pour contribuer à produire, conduire et accompagner les adaptations et les changements, ici ceux des nouvelles pratiques envisagées.

Les sources du SEP/SEC identifiées par Bandura (2003) sont au nombre de quatre, il s'agit dans l'ordre de leur importance de:

- l'expérience active de maîtrise qui s'appuie sur la réussite et le succès
- l'expérience vicariante qui concerne la réussite par un pair dans un contexte semblable

¹²² BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 18.

¹²³ Idem, p. 708.

¹²⁴ Idem, p. 709.

- la persuasion verbale d'un tiers à condition qu'elle s'inscrive à l'intérieur de limites jugées réalistes par la personne
- des états physiologiques et émotionnels qui concernent l'interprétation par la personne de ses états corporels (stress, émotion,..).

Cependant, Bandura note une proximité et une interdépendance entre SEP et SEC qui rendent difficile l'identification des propriétés émergentes de chacun. En effet :

« Les croyances d'efficacité personnelle ne sont pas isolées du groupe dans lequel fonctionnent les membres. En évaluant leur efficacité personnelle, les individus prennent inévitablement en compte des processus de groupe qui facilitent ou entravent leurs efforts....Une évaluation au niveau individuel est nourrie de processus agissant au sein du groupe ; de même, une évaluation au niveau du groupe n'élimine pas toute pensée relative aux individus qui contribuent à l'effort collectif. Il n'est donc pas surprenant que les deux indices d'efficacité soient au moins modérément corrélés. »¹²⁵.

En conclusion, **la théorie sociocognitive présente un modèle dynamique et vivant qui prend en compte la réalité du milieu dans lequel les soignantes déploient leurs activités. Par là même, elle permet de mieux cerner la problématique en l'approchant d'une manière constructive et optimiste**, ainsi que Carré la présente dans sa préface¹²⁶.

Cette théorie qui considère l'individu à la fois comme produit et producteur de sa vie permet donc d'appréhender la complexité du contexte et nous donne quelques clés pour s'y inscrire comme acteur au moyen de son/ses concept/s-clé/s : le/s SEP/SEC.

Or, devant l'ouverture que permet le contexte actuel au travers la réorientation demandée, les croyances de l'infirmière peuvent jouer un rôle déterminant, en effet :

« La discipline infirmière est [donc] placée devant la nécessité de réévaluer l'unicité et la singularité de sa contribution à l'amélioration de la santé, tout en saisissant l'occasion de se donner une direction déterminée. »¹²⁷.

Ainsi, face à l'importance des croyances en œuvre en regard de ce changement, et au vu des difficultés reliées au pouvoir des infirmières, nous pensons qu'un autre type de croyance est également en jeu ici, celui de la croyance liée au lieu de contrôle de son comportement et en particulier vis-à-vis de sa formation.

3. II – 2 Le contrôle de l'infirmière sur sa formation

Il existe d'autres croyances en marge du modèle sociocognitif proches mais différentes conceptuellement du SEP. Parmi elles, les travaux issus du locus de contrôle, qui concernent la croyance relative au fait que les actions affectent ou non les résultats,

¹²⁵ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 710.

¹²⁶ CARRE, P. (2003). Préface. In BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck.

¹²⁷ GOULET, O. (2002). Une pratique infirmière autonome: un projet ambitieux. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal: Gaëtan Morin, p. 180.

nous semble pourtant également intéressants à prendre en compte dans notre problématique.

Souvent confondu avec le locus de contrôle ¹²⁸(ROTTER, 1966), le concept d'attribution en général et la définition à laquelle nous choisissons de nous référer en particulier correspond, quant à elle, à la croyance de ce qui cause (est responsable du) le comportement adopté, autrement dit le lieu d'inférence du comportement ¹²⁹.

Reprenant nous-même les travaux de Dubois (1987), afin de préciser la nature de ce « lieu de contrôle » en regard des nombreuses interprétations issues des non moins nombreuses recherches effectuées à la suite du concept de « locus de contrôle » ¹³⁰(ROTTER, 1966), la définition de « l'attribution de responsabilité » ¹³¹ nous semble intéressante. En effet, Wong avance :

« qu'un individu possède un contrôle interne « quand il se reconnaît pleinement responsable de ce qui arrive, même si cela dépend d'une autre cause externe », un contrôle externe « quand il rejette la responsabilité d'un renforcement même si ce renforcement est la conséquence directe du comportement de l'individu », et enfin un double contrôle, « quand il se reconnaît seulement une part de responsabilité dans ce qui lui arrive, l'autre part étant attribuée à des facteurs extérieurs (p. 312) » ¹³²

Ainsi, bien que conceptuellement différente du sentiment d'efficacité, cette croyance nous semble devoir être également identifiée car elle permet de nuancer les caractéristiques personnelles dans notre contexte en regard de la problématique présentée.

3. II – 2.1 Les croyances personnelles et les pratiques de formation

Reprenant l'importance du savoir dans le processus de professionnalisation, il paraît alors intéressant de relier cette croyance du « lieu de responsabilité » de l'infirmière à son comportement de formation.

Dans le domaine pédagogique, Brigitte Albero, dans sa thèse ¹³³, explore l'autonomie dans le champ de la formation et rapproche l'autoformation, qu'elle définit comme

¹²⁸ « La croyance généralisée de l'individu dans le fait que le cours des événements et leur issue dépendent de ses efforts, de son aptitude ou plutôt d'influences extérieures comme la chance, le hasard ou les autres » ¹²⁸ correspond à la croyance de l'individu concernant le lien existant entre son comportement et ses effets et relève du renforcement.

¹²⁹ DUBOIS, N. (1987). *La psychologie du contrôle, les croyances internes et externes*. Grenoble: Presses universitaires. p. 46-50.

¹³⁰ Rotter désigne le locus de contrôle comme : « la croyance généralisée de l'individu dans le fait que le cours des événements et leur issue dépendent de ses efforts, de son aptitude ou plutôt d'influences extérieures comme la chance, le hasard ou les autres » (ROTTER, 1966) qui correspond à la croyance de l'individu concernant le lien existant entre son comportement et ses effets et relève de ce fait du renforcement.

¹³¹ WONG (1981) in DUBOIS, N. (1987). *La psychologie du contrôle, les croyances internes et externes*. Grenoble: Presses universitaires.

¹³² Idem, p. 48-49.

¹³³ ALBERO, B. (2000). *L'autoformation en contexte institutionnel, du paradigme de l'instruction au paradigme de l'autonomie*. Paris: L'Harmattan.

« l'ensemble des pratiques dans lesquels le sujet est acteur de sa formation », de l'autonomie. Ainsi, :

« L'ancrage théorique des recherches et des pratiques fait de l'autoformation, selon P. Carré (1994), « le foyer fédérateur des pédagogies de la responsabilité et de l'autonomie ». Effectivement, plus sans doute que dans tout autre champ de l'éducation et de la formation, l'autonomie de la personne est au cœur des interrogations de chercheurs et praticiens. Qu'elle ait une acception ontologique ou plus modestement pédagogique avec des objectifs sociaux, l'autonomie est, dans tous les discours théoriques du champ, intrinsèquement liée à l'autoformation. »¹³⁴.

Identifiée comme un comportement relevant de l'autonomie au sens d'un agir selon sa propre loi et d'un pouvoir agir, les pratiques autoformatives des infirmières se développent ici au sein de leurs pratiques professionnelles et concourent à leur actualisation in situ et en continu.

Parmi les cinq directions présentées dans la galaxie de l'autoformation (CARRE, 1997)¹³⁵, deux directions nous intéressent particulièrement :

- la direction sociale, qui concerne « l'apprendre dans et par le groupe social »,
- la direction cognitive, qui concerne « l'apprendre à apprendre ».

L'apprendre dans et par le groupe social constitue une pratique prioritairement orale qui relève des aptitudes privilégiées des infirmières et possède à ce titre un potentiel formatif important.

Ce faisant, cette approche de l'apprendre par le groupe social est susceptible de participer à la construction d'un SEC, au travers de trois de ses sources (celles-ci sont les mêmes que pour le SEP), à savoir : *l'expérience vicariante*, « les gens recherchent activement des modèles qui possèdent les compétences auxquelles ils aspirent »¹³⁶, *le soutien verbal*, « Les attributions persuasives d'efficacité ont donc leur plus grand impact sur des personnes qui ont quelque raison de croire qu'elles peuvent produire des effets par leurs actions. »¹³⁷ et *les états physiologiques*, « plus l'humeur induite est forte, plus son impact sur les croyances d'efficacité est important »¹³⁸.

Cet apprentissage dans et par le groupe se situe dans des pratiques liées au partage et à l'observation des infirmières entre elles (PIGUET, 2002).

¹³⁴ Idem, p. 76.

¹³⁵ CARRE, P. (1996) in CARRE, P., MOISAN, A., POISSON, D. (1997). *L'autoformation*. Paris: PUF. p. 19.

¹³⁶ BANDURA, A. (1986a) in BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 137.

¹³⁷ CHAMBLISS & MURRAY (1979a, 1979b) in BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 156.

¹³⁸ FORGAS, BOWER & MOYLAN (1990); SALOVEY & BIRNBAUM (1989) in BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 172.

L'apprendre à apprendre, dans son orientation cognitive, renvoie au vaste mouvement qui se développe depuis les années 1990. Placé au centre des préoccupations politiques par le pouvoir maintenant reconnu du savoir comme ressource fondamentale du développement de l'individu et de la société, il fait l'objet d'une proposition de « recommandation du parlement européen et du conseil »¹³⁹. Dans le cadre de référence européen qu'elle propose, l'une des huit compétences présentée est celle d'« apprendre à apprendre » définie comme :

«L'aptitude à entreprendre et poursuivre un apprentissage, à organiser soi-même son apprentissage, y compris par une gestion efficace du temps et de l'information, à la fois de manière individuelle et en groupe. Cette compétence implique de connaître ses propres méthodes d'apprentissage et ses besoins, les offres disponibles et d'être capable de surmonter des obstacles afin d'accomplir son apprentissage avec succès. Cette compétence suppose d'acquérir, de traiter et d'assimiler de nouvelles connaissances et aptitudes, et de chercher et utiliser des conseils. Apprendre à apprendre amène les apprenants à s'appuyer sur les expériences d'apprentissage et de vie antérieures pour utiliser et appliquer les nouvelles connaissances et aptitudes dans divers contextes : à la maison, au travail, dans le cadre de l'éducation et de la formation. La motivation et la confiance dans sa propre capacité sont des éléments fondamentaux¹⁴⁰.

Ce rapport met en évidence la nécessité de développer des compétences génériques qu'il situe au niveau cognitif, conatif¹⁴¹ et social, dont nous nous inspirons dans les libellés du questionnaire, et la nécessité de le faire tout au long de la vie.

Ces recommandations touchent particulièrement le monde de la santé et celui des infirmières. En effet, les défis soulevés par l'évolution des modes de vie et ses habitudes, le développement de nouvelles technologies, de nouveaux savoirs et leur vitesse d'apparition nécessitent, plus que jamais, la capacité à apprendre rapidement, de manière pertinente et ciblée par soi-même et en relation étroite avec soi-même, les autres et son environnement.

Distinguant les trois notions connexes à l'autoformation dans son approche cognitive, autodétermination, autorégulation et autodirection, Carré (2002) les organise en faisant apparaître que l'autodirection recouvrirait, selon son analyse, une double dimension psychologique : l'autodétermination d'une part et l'autorégulation de l'autre¹⁴².

Cette distinction est éclairante car elle permet de préciser deux niveaux à l'**autodirection** :

- celui qui concerne l'**autodétermination**, soit le pouvoir de donner le sens et relève du choix opéré par le sujet et qui renvoie à l'autonomie,

¹³⁹ PARLEMENT EUROPEEN. (2006). Recommandation du parlement européen et du conseil du 18 décembre 2006 sur les compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie, p. 1-9.

¹⁴⁰ Idem, point 5 : p. 7.

¹⁴¹ Le terme de conation est introduit par de nombreux auteurs à la suite de M. Reuchlin (1990), « pour réunir l'ensemble des observations, des concepts et des théories portant sur « le choix et l'orientation des conduites » ». CARRE, P. (1999). Motivation, engagement, « conation » : les aspects dynamiques du rapport à la formation. *Revue éducation permanente*, n° 136. p. 14.

¹⁴² CARRE, P. (2002). Après tant d'années ... Jalons pour une théorie psychologique de l'autodirection in CARRE, P., MOISAN, A. (2002). *La formation autodirigée*. Paris: L'Harmattan. p. 19-31.

- celui qui concerne l'*autorégulation*, soit la cohérence, l'orientation, la régulation et qui traduit la capacité de contrôle de la personne sur ses actions.

C'est plus particulièrement celui qui relève de l'autorégulation qui nous intéresse ici pour identifier la capacité de l'infirmière à « contrôler » par elle-même son activité d'apprentissage in situ dans le domaine cognitif (traitement de l'information, analyse, synthèse, ...).

A ce titre, ce concept d'attribution correspond bien à ce que nous cherchons à identifier, à savoir et tout d'abord : à qui l'infirmière attribue-t-elle le fait de se former ? Autrement dit se reconnaît-elle pleinement responsable de sa formation, même si le fait de se former dépend d'une autre cause externe, à savoir l'hôpital via sa/ses responsable/s ?

Assimilée à l'autonomie infirmière, la puissance personnelle d'agir placée en regard de l'environnement concerne ainsi les croyances personnelles des infirmières relativement à leur pratique professionnelle de santé et à leur pratique autoformative.

3. II – 3 Le sentiment d'efficacité et une pratique professionnelle centrée sur la santé

Cette deuxième partie présente les résultats d'une recherche appliquée relative à la formation du personnel infirmier (PIGUET, 2002) et met en évidence les liens existants entre un accompagnement à l'autoformation, le pouvoir d'agir qui s'en est dégagé en regard de pratiques de promotion de la santé.

Elle est complétée par l'observation issue de notre expérience professionnelle auprès d'équipes de soins. Celle-ci met en évidence, chez les infirmières concernées, des pratiques de prévention, de maintien et de promotion de la santé auprès de patients souffrant de maladies chroniques (diabète, soins palliatifs) simultanément à un sentiment d'efficacité collective élevé.

3. II – 3. 1 Les résultats d'une recherche appliquée

Par ailleurs, les résultats d'une précédente recherche sur la formation continue des infirmières (PIGUET, 2002) rapprochent le sentiment d'efficacité personnelle d'une pratique centrée sur la santé et de pratiques autoformatives. En effet, les soignantes ayant formalisé leurs compétences au travers d'un entretien d'explicitation ont développé un positionnement orienté vers la santé et une capacité à le mettre en œuvre concrètement au sein de leur établissement.

3. II – 3. 1. 1 Question et dispositif

Partie d'un double questionnement relatif à la formation continue des infirmières : celui de l'offre en formation et celui de l'individu apprenant, le recueil de données réalisé par un questionnaire, simultanément à des entretiens valorisants, a déterminé le dispositif d'application proposé à sa suite : un accompagnement à la construction, par chaque infirmière, de son projet de formation. Ce dernier s'appuie sur le préconcept de l'autoformation, il est réalisé en collaboration étroite avec la responsable de service des

infirmières concernées ainsi qu'avec l'infirmière-chef de l'Hôpital cantonal de Fribourg.

3. II – 3. 1. 2 Entretiens valorisants¹⁴³ et sentiment d'efficacité

Des entretiens ont été construits à l'articulation entre deux cadres de références différents : l'entretien d'explicitation (VERMERSCH, 1994) et la recherche valorisante de Reed¹⁴⁴, sur la base d'une hypothèse peu usitée, l'entrée par les compétences et non par les lacunes.

Chaque entretien visait à recueillir des données relatives à la formation des compétences mises en jeu dans une situation considérée comme très satisfaisante par l'infirmière en même temps que la mise en route d'une dynamique de formation chez cette dernière.

Concrètement, ces entretiens fortement appréhendés au départ du dire de plusieurs soignants et de l'infirmière-chef de service ont renversé d'entrée les représentations et notamment celle du surplomb. Ils ont intrigué chacun, certains ont eu envie d'y participer activement, d'autres ont questionné et critiqué ; aux dires de plusieurs, personne n'est resté indifférent. Il s'agit d'un réel choc, choc de représentation pour ceux qui l'ont vécu. Attendant et craignant tout à la fois cette relation asymétrique, les soignants se sont trouvés déplacés dans un « lieu » peu connu. Le changement de représentation s'est alors effectué par la mise en situation d'un écart entre ce qu'ils pensaient et ce que l'entretien leur a fait vivre. En effet, ils se sont trouvés centrés sur eux et face à eux, découvrant ainsi des aspects d'eux-mêmes non explicités et pourtant familiers, tout en étant accompagnés par un tiers institutionnellement agréé, dans une démarche de mise en évidence des ressources et des compétences. »¹⁴⁵.

Les entretiens dont les effets sont relatés ci-dessus, ont opéré un réel « déplacement » des professionnelles au sein de leur pratique qui a été probablement potentialisé par la construction de leurs projets de formation qui a suivi. Une des infirmières décrit ainsi cette expérience :

«... Tu sais ce que tu vau. C'est comme si des barrières se lèvent et une grande autoroute s'ouvre devant toi. Tu te sens capable et autonome. »¹⁴⁶

Bien qu'inconnus pour nous à ce moment-là, ces éléments renvoient indéniablement au concept de sentiment d'efficacité personnelle et plus particulièrement à deux de ses quatre sources :

- *l'expérience de maîtrise* mise en évidence au travers de l'explicitation de celle-ci à partir d'une situation bien précise et réellement vécue :

¹⁴³ Gervase R. Bushe Ph. D. *Advances in Appreciative Inquiry as an Organization Development Intervention* (Published in the Organization Development Journal, Fall 195 Vol. 13, n° 3, p. 14-22.).

¹⁴³ Professor. Faculty of Health, Social Work and Education University of Northumbria at Newcastle in England.

¹⁴⁴ Professor. Faculty of Health, Social Work and Education University of Northumbria at Newcastle in England.

¹⁴⁵ FIGUET, C. (2002). De l'autoformation à l'organisation qualifiante, nouvelles perspectives de développement des ressources humaines. Lausanne: LEP. p. 64.

¹⁴⁶ Idem, p. 119.

« Les expériences actives de maîtrise constituent la source la plus influente d'information sur l'efficacité parce que ce sont elles qui démontrent le plus clairement que la personne peut rassembler ce qui est nécessaire pour réussir. Les succès construisent une solide croyance d'efficacité... »¹⁴⁷.

- le plaisir qui émerge de cette maîtrise renvoie à un *état physiologique* qui ouvre des perspectives :
« En évaluant leurs capacités, les personnes se basent partiellement sur l'information somatique transmise par leur état physiologique et émotionnel.... L'état émotionnel peut avoir des effets généralisés sur les croyances d'efficacité personnelle dans divers domaines »¹⁴⁸.

Les effets directs de ces premiers entretiens amènent ainsi :

- la demande de quatre soignants du service de pouvoir bénéficier d'un entretien,
- l'engagement volontaire de 7 des 11 personnes ayant participé à un entretien à la construction d'un projet de formation accompagné.

La mobilisation ainsi créée vient confirmer les nombreuses recherches (BANDURA, 2003) quant au pouvoir de l'individu sur son environnement et sur la co-construction qui se réalise entre cet environnement et l'individu.

Nous pouvons observer une mise en mouvement au travers de la relation triadique réciproque de Bandura entre :

- les facteurs personnels des soignantes : leur parcours professionnel, leurs formations initiales et continues, leurs manières d'envisager la formation,
- leur comportement : où elles s'engagent dans un entretien avec leurs représentations et malgré leurs réticences,
- cet environnement : à savoir, le service dans lequel elles travaillent, le type de responsable qui est la leur, le dispositif proposé et enfin le chercheur et ses caractéristiques.

La spécificité de cette mise en mouvement demande toutefois à être précisée. Autrement dit, il s'agit de préciser pour chacune des infirmières impliquées dans cette recherche quelle est la cible professionnelle de cette mobilisation. C'est le dispositif d'accompagnement à l'autoformation qui a permis de le faire.

3. II – 3. 1. 3 Accompagnement à la construction de son projet de formation

Inspirée des travaux de Philippe Carré et en particulier des 7 piliers à l'accompagnement qu'il présente dans son ouvrage « L'autoformation dans la formation professionnelle » (CARRE, 1992), le dispositif proposé donne un cadre relativement contraignant à la démarche. Celui-ci est validé lors de la 1^{ère} rencontre (il y en aura 4 sur une période de 8 mois) par un contrat entre les acteurs (infirmières, leur responsable direct, l'infirmière-cheffe générale et nous-même) et débouche sur l'analyse suivante :

¹⁴⁷ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 125.

¹⁴⁸ Idem, p. 163-164.

« La construction d'un projet d'autoformation auprès de sept soignants volontaires durant huit mois a conduit chacun d'eux à faire émerger son propre questionnement en lieu et place des solutions et des réponses du formateur. Par conséquent, grâce aux caractéristiques de l'autoformation, le soignant a expérimenté une « formation continue » où il devient acteur et responsable de sa formation. C'est ainsi que la mise en « je », l'espace de réflexion, le tiers (fait de plusieurs) accompagnant(s) et les rencontres de groupe ont ouvert le champ d'un apprentissage vers l'autonomie. »¹⁴⁹.

Par ailleurs, l'infirmière cheffe des urgences écrit, un an plus tard :

La démarche d'autoformation leur a permis de découvrir leurs propres compétences, leurs ressources et celles de leur entourage ; elle leur a de ce fait permis de se revaloriser et de se sentir valorisées, de s'affirmer dans leur rôle professionnel. Enfin, cette démarche a été l'occasion de faire un bilan de leur parcours professionnel et de se fixer de nouveaux objectifs. »¹⁵⁰.

Ainsi, ce dispositif semble amener une assertivité qui engendre un positionnement professionnel relatif au rôle propre de l'infirmière :

« ... à l'exception de deux soignantes entravées par des contraintes familiales, toutes se sont engagées dans une formation de leur choix, touchant au rôle professionnel infirmier que ce soit dans une formation courte ou longue durée. »¹⁵¹.

De plus, nous assistons, au cours du dispositif, à l'évolution du positionnement professionnel des infirmières engagées en ce qui concerne leur orientation et leur mise en œuvre.

En effet, lors des entretiens valorisants, les infirmières présentent prioritairement des compétences situées dans leur fonction déléguée¹⁵² puis dans les autres fonctions (dites indépendantes) en s'excusant toutefois et systématiquement de développer celles-ci, comme si ces dernières ne faisaient pas partie de leurs cahiers des charges.

Or, les projets de formation présentés au terme du temps d'accompagnement à leur co-et auto-construction puis développés dans les 4 années qui ont suivi montrent, d'une part une centration sur le *prendre soin (care)* au travers : d'une formation sur l'accompagnement du deuil, de l'introduction de l'aromathérapie et, d'autre part un positionnement qui les rend pour l'une, « référente » dans ce domaine auprès de ses collègues du service des urgences, alors que cette fonction n'existait pas, et pour l'autre, leader d'un projet pilote d'introduction d'aromathérapie dans tous les services de l'hôpital afin « d'améliorer le confort des personnes soignée », alors qu'aucun budget n'existe dans ce domaine et ceci avec l'aide de collègues et en collaboration avec la

¹⁴⁹ PIGUET, C. (2002). De l'autoformation à l'organisation qualifiante, nouvelles perspectives de développement des ressources humaines. Lausanne: LEP. p. 118.

¹⁵⁰ Idem, p. 119.

¹⁵¹ Idem, p. 119.

¹⁵² Art. 124 Loi sur la santé publique du canton de Vaud. La « fonction 3 » (« lettre c » dans l'article de loi) correspond à la seule des 5 fonctions où l'infirmière agit en délégation

direction (médecin et infirmière cheffe)¹⁵³. Depuis l'automne 2007, ce projet a été accepté et sera généralisé dans les différents services de l'hôpital.

Quatre ans plus tard la présentation de leur expérience, par deux d'entre elles, aux journées romandes des soins infirmiers¹⁵⁴, témoigne de leur parcours et de leurs projets centrés sur leur fonction soignante auprès du patient de manière pérenne et met en évidence une mobilisation qui se déploie dans deux directions :

- le développement par elles-mêmes de leur propre compétence,
- un positionnement professionnel soignant se situant dans leur rôle autonome.

3. II – 3. 1. 4 Une question de validité

Pourtant, le statut de cette recherche « appliquée » ainsi que son approche qualitative sur un petit nombre d'individus tend à rendre ces résultats anecdotiques. Ceux-ci peuvent en effet aussi bien relever de la personne ayant conduit la démarche et à ses caractéristiques personnelles qu'à une prédisposition particulière des cinq personnes qui se sont engagées volontairement. Ils ne représentent donc pas a priori une référence valide et de ce fait potentiellement reproductible.

C'est ainsi que le dispositif de cette recherche appliquée, mis en place auprès de professionnelles volontaires, interroge les raisons de la mobilisation de ces cinq soignantes : faut-il puiser celles-ci dans l'environnement et les caractéristiques liées au chercheur ou alors ces infirmières sont-elles représentatives d'une capacité particulière à se mobiliser et à s'autoformer ?

En conclusion, trois éléments nous paraissent pourtant ressortir :

- la particularité et la force de cette puissance d'agir,
- le positionnement professionnel qui s'en dégage centré sur la promotion de la santé,
- un sentiment d'efficacité personnel qui sous-tend les projets entrepris.

Dans le contexte exposé plus haut, notre projet consiste à préciser les processus en jeu entre ces trois éléments afin de mettre en évidence la puissance d'agir de l'infirmière dans son domaine spécifique : la santé et les différents éléments permettant de la développer.

3. II – 3. 2 Observation d'un service de soins palliatifs

Ces observations sont issues de notre expérience professionnelle non formalisée à ce jour. Elles sont donc d'une nature différente et n'ont pas d'autre prétention que d'amener un éclairage inexistant dans la littérature dans ce domaine à l'heure actuelle en vue de la construction de notre hypothèse.

¹⁵³ Parmi les autres professionnelles engagées dans cette recherche, trois autres projets de formation ont été développés : celles de conseillère en santé, réflexologue et conduite de projet.

¹⁵⁴ FIGUET, C., GUTIERREZ, C. (2004, 11 et 12 novembre). *L'Autoformation, approches théorique et pratique*. Paper presented at the journées romandes de soins infirmiers : Délices et supplices de la connaissance. Lausanne : Centre Romand d'Education Permanente (CREP).

En effet, l'observation de l'offre réalisée par des soignantes dans un service spécialisé en soins palliatifs met en évidence la qualité des soins à la personne soignée et à son entourage. Ces soins, destinés à des personnes atteintes de maladies chroniques et incurables, font précisément appel aux compétences centrées sur la personne soignée et son environnement et correspondent à l'orientation attendue aujourd'hui des infirmières.

De plus, l'observation de telles équipes montre une organisation aussi bien individuelle que collective de la formation de la plupart des professionnelles dans le domaine dans lequel elles exercent.

Bandura définit le sentiment d'efficacité collective comme « une croyance partagée par un groupe en ses capacités conjointes d'organiser et d'exécuter les actions nécessaires pour produire un niveau donné de réalisation »¹⁵⁵.

Les observations font apparaître des éléments intéressants quant au pouvoir et au savoir développés par les infirmières dans un groupe qui présente une forte cohésion, un fort sentiment d'appartenance, notamment en ce qui concerne des missions particulières telles que l'accompagnement de personnes souffrant de maladies chroniques.

Bien que ces éléments ne relèvent ni d'une observation systématique, ni d'écrits permettant de s'y reporter, l'expérience de plusieurs années comme enseignante dans la pratique professionnelle auprès de malades puis comme consultante auprès de directions d'hôpitaux¹⁵⁶ nous autorise à nous y référer.

Ces observations portent sur les pratiques développées auprès de patients d'une part et le sentiment d'efficacité qui se dégage de l'ensemble des équipes concernées d'autre part. Ainsi, dans ces services la complexité des situations ne permet pas de déployer des solutions « toutes faites » et oblige toute l'équipe à individualiser les soins en développant une créativité dynamique et collective.

Dans ce contexte, l'infirmière articule, dans un subtil équilibre, la perception des limites de son intervention individuelle et son indispensable action dans la démarche collective. Il en résulte un SEP issu de l'efficacité de ses propres actions et de la reconnaissance par l'environnement mais aussi une motivation à parfaire ses connaissances et compétences à travers une pratique autoformatrice encouragée et valorisée par ses pairs.

De sorte que la conscience que les infirmières ont individuellement et collectivement des résultats produits par leurs soins ainsi que l'expérience de maîtrise collective qu'elles construisent reposent sur *la reconnaissance*, par elles-mêmes et par leur entourage (pairs, personnes soignées, supérieure, médecin,...), de *l'efficacité* de ces soins. Cette croyance renforce de ce fait *la différenciation de soi par rapport aux*

¹⁵⁵ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 708.

¹⁵⁶ Un mandat concernant la conduite de projets de développement de soins avec des équipes infirmières nous a amené à accompagner, parmi d'autres, des équipes spécialisées dans les domaines de soins chroniques et en particulier celles de soins palliatifs, de soins aux personnes diabétiques et aux personnes âgées.

autres, c'est-à-dire qu'elle offre ainsi une place à la capacité de performance particulière de chaque individu dans le groupe et une place à la capacité de performance particulière de l'ensemble de l'équipe.

Enfin, cette croyance repose également sur leur capacité à s'autoformer (c'est-à-dire sur leur capacité à faire leur choix, à l'organiser et le développer en continu dans leur vie quotidienne au travers de suivi de : communications sur le sujet, recherche systématique de documentation, questionnement auprès d'autres professionnels déployant des compétences dans un domaine proche, cours de spécialisation dans un domaine connexe, échange de bonnes pratiques, ...).

Ces éléments interpellent la puissance d'agir des équipes développant des pratiques centrées sur leurs spécificités avec des soins centrés sur la prévention, le maintien et la promotion de la santé. Ils nous amènent par conséquent à avancer l'hypothèse d'un lien entre un SEC élevé et cette pratique réorientée sur la santé.

3. II – 3.3 Perspective ... et questionnement

Ces deux exemples montrent l'intérêt de la prise en compte du SEP/SEC et de quelques-unes des conditions de leur développement dans ce milieu professionnel sur lequel repose en grande partie les orientations et prescriptions de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)¹⁵⁷.

L'approche par les compétences et par les ressources à la base du modèle de Bandura répond à une volonté de mieux gérer la santé et les conditions d'y parvenir au profit de chacun et du plus grand nombre.

La mise en évidence de l'influence du SEC des soignantes sur leur positionnement professionnel et sur leurs démarches d'autoformation pourrait offrir les connaissances nécessaires à organiser et à développer les ressources que ces professionnelles possèdent pour gérer les problèmes de santé.

Cette précision appelle des réponses aux questions suivantes :

- quelle est l'efficacité collective perçue par les soignantes aujourd'hui?
- quelles en sont les caractéristiques ?
- dans quelles situations particulières apparaît-elle ?
- avec quels éléments est-elle reliée, corrélée ?
- quel est son impact sur le positionnement professionnel des infirmières et notamment sur chacun des systèmes culturels mentionnés ci-dessus?
- sur quelle(s) type d'activité(s) autoformatrice(s) des infirmières, le SEC exerce-t-il une influence ?

¹⁵⁷ SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE. (2002). *Quelles sont les fonctions de la santé publique? Revue de la littérature*. Vandoeuvre-lès-Nancy cedex : Société française de santé publique (Ed.), 28 p.

Ces questions sont explorées dans la présente recherche sur la base des résultats d'un questionnaire distribué, en août dernier, à 1951 infirmières d'un CHU (centre hospitalier universitaire) à Lausanne en Suisse.

En conclusion, approcher le contexte de la santé au travers du personnel soignant qualifié avec l'éclairage d'une approche sociocognitive permet de donner leur place aux infirmières en tant que « professionnelle de la santé » dans le système de santé actuel. Cette approche permet de montrer comment les infirmières contribuent aux réponses à apporter aux besoins en constante évolution de la population et aux défis qui y sont liés.

3. III – Les pratiques autoformatives, leviers de développement d'une « pratique de santé »

Cette troisième et dernière partie reprend les éléments-clés de la théorie sociocognitive et l'intérêt de son choix pour guider la partie empirique de cette recherche et expose, à sa suite, une hypothèse de travail qui relie le sentiment d'efficacité, la « pratique de santé », le maintien et la promotion de la santé et des pratiques autoformatives.

Elle fait apparaître, sur la base d'entretiens exploratoires réalisés dans la perspective de cette présente recherche, des liens entre ces trois dimensions.

En effet, ces liens inférés à partir des deux situations présentées ci-dessus (3. II) ciblant pour l'une, la compréhension des dynamiques motivationnelles (BOURGEOIS, 2006) en regard de la formation, et pour l'autre, des expériences analysées a posteriori, nécessitent un complément de données exploratoires afin de préciser l'hypothèse à formuler.

3. III – 1 Les résultats d'une étude exploratoire

Une étude exploratoire réalisée au CHUV en 2003¹⁵⁸ permet de poser l'hypothèse de notre recherche. Elle s'appuie sur la recherche des liens existant entre les compétences, les pratiques qui en bénéficient et leur construction auprès de professionnelles jugées particulièrement compétentes par leur direction. Le projet visait à identifier :

- la nature du SEP, c'est-à-dire vis-à-vis de quel modèle de santé le SEP se déploie-t-il ?
- les conditions de son développement,

à partir d'un soutien actif de la direction¹⁵⁹ du CHUV. En effet, les personnes interviewées ont été choisies par cette dernière avec, comme demande de notre part, la possibilité de rencontrer des professionnelles jugées très compétentes. La procédure (choix ciblé fait par la direction) et la caractéristique professionnelle recherchée (reconnue professionnellement comme très compétente) permettaient ainsi d'avoir accès à une situation où les professionnelles :

¹⁵⁸ Annexe 3.

¹⁵⁹ Les soignantes et leurs responsables ont répondu à notre demande via le directeur-adjoint du département des soins du CHUV (centre hospitalier universitaire vaudois). Les 3 services concernés ont été la chirurgie plastique et reconstructive, la cardiologie et la traumatologie.

- travaillent en conformité et selon les attentes institutionnelles (via leurs responsables),
- ont probablement un SEP élevé si l'on en croit les recherches (BANDURA, 2003) relatives aux sources du SEP, en particulier ici, l'expérience de maîtrise et le soutien verbal et social offert par les responsables.

Par ailleurs, les 10 entretiens exploratoires ont été réalisés auprès de professionnelles ayant un statut différent, à savoir :

- 3 infirmières diplômées, leur responsable de service respective,
- 1 enseignante du programme de base,
- 2 enseignants dans des programmes de formation continue, et
- 1 enseignante, directrice d'un établissement de formation continue dans le domaine des soins.

Ce choix visait, en regard de la problématique concernant la réorientation des pratiques professionnelles infirmières vers un modèle global, l'identification des orientations qui étaient liées aux modèles médical et global de santé, ceci au travers de données issues:

- d'une pratique d'infirmière auprès des patients et de la vision qu'en avait sa responsable,
- d'une pratique plus éloignée des soins et des patients par des enseignantes.

Les entretiens semi directifs ont duré environ une heure avec chacune des professionnelles. Ils étaient guidés par les mêmes questions¹⁶⁰, quelle que soit la fonction de l'interviewée et toujours centré sur la soignante (soit la soignante pour elle-même, sa responsable pour « sa » soignante et les enseignantes pour les apprenants en général).

Les données recueillies ont permis de mettre en évidence que les soignantes interrogées démontrent toutes un SEP important. Celui-ci apparaît au travers de la description de :

- leur expérience de maîtrise, (première source du SEP),
- leur observation de modèles choisis ou croisés dans leur pratique (expérience vicariante, deuxième source du SEP). Il est intéressant de relever que ces « professionnelles modèles » ont généralement une formation spécialisée, définie et reconnue socialement (responsable, spécialiste clinique, ..),
- la reconnaissance de leur efficacité auprès et par les patients, auprès et par leurs collègues, auprès et par leurs responsables, auprès et par les médecins (troisième source du SEP).

¹⁶⁰ Les 6 questions étaient les suivantes :

- décrivez moi les compétences spécifiques d'une soignante,
- qu'est-ce qu'une soignante compétente pour vous ?
- comment faites-vous au quotidien pour développer ces compétences (faire face aux situations dans votre travail),
- quelle est la place de l'expérience dans le développement de vos compétences ?
- qu'est ce qui vous pousse à apprendre ?
- que retenez-vous de votre formation initiale dans votre pratique et dans votre formation ?

Cependant, ce SEP est centré sur un champ très large de compétences au service du patient, de l'organisation et des médecins qui renvoie au modèle d'intermédiaire culturelle (NADOT, 1993). Ainsi, l'ensemble des compétences présentées par 8 professionnelles, implicitement ou explicitement, relève d'une combinaison de capacités, d'activités, de compétences et de la gestion que suppose cette combinaison. Cette approche relève à première vue du « jugement stratégique » :

« Nous avons choisi le terme « stratégique » à la place de « thérapeutique », car la stratégie intègre non seulement les décisions de soins mais également l'art de les coordonner et de manœuvrer habilement pour atteindre un but. »¹⁶¹.

Ce faisant, cette pratique ne présente pas explicitement les caractéristiques de la réorientation attendue centrée sur la prévention, le maintien et la promotion de la santé, soit sur une « pratique de santé ».

Néanmoins, l'orientation santé semble sous-tendre cette pratique d'intermédiaire culturelle et de « jugement stratégique » au travers d'exemples issus de la mise en évidence de leurs compétences et relatant l'accompagnement de patients avec et à partir de leur situation et de leur projet.

A l'issue de ces entretiens semi-directifs, il ressort une extraordinaire capacité à répondre à l'ensemble de la demande, qu'elle provienne des patients ou du système de santé et de ses acteurs. Les compétences des infirmières interrogées font apparaître un SEP vis-à-vis des deux orientations contenues dans leur pratique sans pouvoir distinguer l'une de l'autre. Ce qui porterait à poser **l'hypothèse selon laquelle le SEP permet le développement des pratiques attendues.**

Seules deux enseignantes lors des interviews rendent cette orientation santé explicite en référence à Collière (1982). Elles la citent pour préciser la spécificité de l'infirmière, à savoir les soins d'entretien et de maintien de la vie, « *care* » centrés sur le « prendre soin de la vie » à distinguer des soins de réparation « *cure* » centrés sur le combat contre la maladie et dont les médecins sont responsables¹⁶². Cependant celles-ci font remarquer combien cette pratique se vit difficilement, en regard des contraintes liées à l'organisation et à la réduction des ressources octroyées, même si les infirmières sont formées à cela et souhaitent probablement la développer.

En finalité, bien que les pratiques professionnelles ne puissent être spécifiées, il se dégage une préoccupation constante, des infirmières interviewées, centrée sur la personne du patient dans sa situation particulière, simultanément à :

- un sentiment d'efficacité personnel élevé vis-à-vis de leur pratique,
- un sentiment de responsabilité quant au développement de leurs compétences professionnelles.

¹⁶¹ MARCHAL, A., PSIUK, T. (2002). *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris: Seli Arslan. Note de bas de page. p. 58.

¹⁶² COLLIÈRE, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris: InterEditions. p. 241-248.

3. IV – L'hypothèse de travail

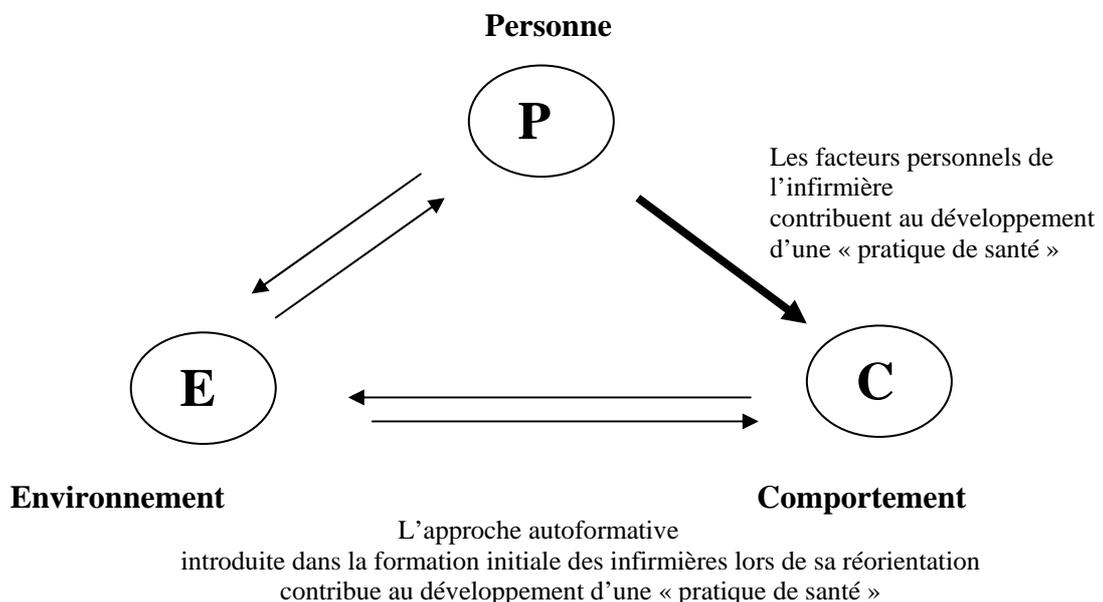
En conséquence et sur la base des trois approches relatées, nous posons l'hypothèse suivante selon deux volets :

I] Les facteurs personnels de l'infirmière, son sentiment d'efficacité, personnelle et collective, ainsi que son contrôle sur sa formation, contribuent à une agentivité centrée sur une pratique de prévention, de maintien et de promotion de la santé, soit une « pratique de santé » telle qu'attendue au travers de la réorientation introduite dans les formations initiales vers (1992) en Suisse romande.

II] L'approche autoformatrice, introduite dans la formation professionnelle initiale des infirmières lors de sa réorientation, contribue à développer une « pratique de santé ».

En référence à la théorie de Bandura (2003), les deux volets de notre hypothèse de travail peuvent se présenter selon la figure ci-dessous :

Figure 4 - Problématique de la recherche située dans le modèle triadique réciproque¹⁶³



Autrement dit, nous allons rechercher quels sont les principaux facteurs, soit dans le schéma ci-dessus le pôle de la « personne », qui contribuent au développement d'une « pratique de santé », soit dans le schéma ci-dessus le pôle du « comportement ».

¹⁶³ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 17.

Les éléments du contexte de formation initiale et continue, soit dans le schéma ci-dessus le pôle de l' « environnement », seront également pris en considération comme facteurs environnementaux pouvant contribuer au développement d'une « pratique de santé », soit dans le schéma ci-dessus le pôle du « comportement ».

Le chapitre suivant va préciser la manière d'identifier l'autonomie de la pratique professionnelle de l'infirmière, associée à sa « pratique de santé », et les facteurs qui y contribuent. Ceci correspond à la présentation du dispositif de la recherche et de ses orientations méthodologiques.

Chapitre 4 – Orientations méthodologiques de la recherche

Ce quatrième chapitre présente la construction du dispositif de recherche empirique. Le choix d'une approche quantitative et celui de la population cible sont explicités.

L'élaboration des variables, sur le modèle de relation triadique réciproque entre les facteurs personnels, le comportement et l'environnement, vise la mise en évidence des principaux facteurs qui contribuent à « la puissance personnelle d'agir » des infirmières dans le champ de leur pratique spécifique, celui de la santé.

Une construction originale des variables concernant les pratiques professionnelles tente de reproduire, dans un questionnaire, la tension relevée dans la problématique entre des pratiques centrées sur la maladie et des pratiques centrées sur la santé.

Une première partie (4. I) présente le choix de l'approche quantitative et la population infirmière issue d'un centre hospitalier universitaire en regard de la question de recherche et de son contexte. Il précise les enjeux de cette approche, ses possibles et ses limites.

Une deuxième partie (4. II) expose la conception du questionnaire à partir du modèle de Bandura (2003) et la construction de ses différentes variables. Elle explicite la mise en regard des groupes de variables propres à chacun des pôles du modèle de relation triadique réciproque (facteurs personnels, comportement et environnement) et la manière de les traiter.

La troisième et dernière partie (4. III) présente le dispositif de réalisation de l'enquête au CHUV. Elle précise l'organisation et les étapes de son déroulement qu'elle synthétise par un tableau.

4. I – Une approche quantitative de la problématique

Cette première partie présente le choix de l'approche quantitative ainsi que la population infirmière concernée en regard de la question de recherche et de son contexte. Elle précise les enjeux de cette approche, ses possibles et ses limites.

4. I – 1 Le choix d'une approche quantitative

La question des principaux facteurs contribuant à l'agentivité de l'infirmière en regard d'une pratique qui privilégie la santé du patient concerne l'ensemble des infirmières, quelle que soit leur provenance. A ce titre, elle renvoie à sa représentativité au sein de l'ensemble de cette population.

En abordant cette question au travers d'une approche quantitative, nous souhaitons parvenir d'une part à mieux cerner la problématique de la réorientation des pratiques infirmières et d'autre part expliquer, par leur mise en évidence, les conduites privilégiées des infirmières dans leurs pratiques professionnelles et de formation. En effet, nous souhaitons mettre en évidence les éléments permettant aux infirmières le développement d'une « pratique de santé » telle qu'elle est attendue au travers de la réorientation professionnelle.

Nous le ferons par plusieurs corrélations de données relatives aux caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières avec leur comportement concernant leurs propres pratiques professionnelles et de formation.

Si cette approche comporte des limites relatives à la compréhension des processus en jeu relatifs à notre problématique, que des entretiens pourraient mieux repérer, elle permet par contre de recueillir des données qui intéressent l'ensemble de la population infirmière des pays européens francophones à partir d'un grand nombre de professionnelles. Effectivement :

« L'enquête, quant à elle, peut être définie comme une interrogation particulière portée sur une situation comprenant des individus, et ce, dans un but de généralisation. »¹⁶⁴.

Par ailleurs, les processus en jeu concourant au développement des principaux facteurs émergents seront esquissés à partir de données issues d'autres recherches lors de la discussion des résultats de l'enquête.

La connaissance de la population et de sa culture, par notre expérience professionnelle¹⁶⁵ et notre insertion dans la pratique, ainsi qu'une étude exploratoire¹⁶⁶ centrée sur la délimitation du champ investigué ont permis de préciser les questions à poser.

« Les responsables de l'enquête par questionnaire doivent avoir acquis une compétence, un savoir-faire méthodologique, mais ils doivent aussi maîtriser, en partie, la culture sociologique et la « culture » des acteurs sociaux. Seul ce mélange provoque une étincelle, l'intuition des idées. »¹⁶⁷.

Autrement dit, le traitement de notre problématique par une approche quantitative se justifie par :

¹⁶⁴ GHIGLIONE, R., MATALON, B. (2002 1st ed 1977). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratiques*. Paris: Armand Colin. p. 11.

¹⁶⁵ Infirmière de formation (1975) notre parcours professionnel s'est déroulé d'une part au sein des établissements hospitaliers comme infirmière et d'autre part au sein des établissements de formation des infirmières comme enseignante. Par ailleurs, actuellement et depuis 10 ans, consultante indépendante mandatée par des établissements de soins, auprès des équipes des soins pour les accompagner dans les restructurations en cours, nous pouvons prétendre bien connaître le contexte sociologique et sa culture. Cependant, cet atout représente également une difficulté dans la prise de distance. C'est pourquoi, actuellement active au sein d'une des associations de soins à domicile du canton de Vaud, comme responsable de la formation de l'ensemble du personnel des soins (environ 200 collaboratrices), nous avons choisi de ne pas réaliser notre enquête dans ce lieu de soins.

¹⁶⁶ Annexe 3 : Etude exploratoire réalisée au CHUV (2003).

¹⁶⁷ SINGLY, F. D. (1992). *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*. Paris: Nathan. p. 33.

- la question de la recherche qui concerne l'ensemble des infirmières dont nous cherchons à connaître les comportements, les croyances et les valeurs,
- la représentativité recherchée vis-à-vis de notre problématique,
- son objectif visant à expliquer des faits (des comportements et des opinions) plutôt qu'à comprendre les processus de manière fine et pointue.

Les limites, problèmes et enjeux de cette approche quantitative sont abordés ci-dessous à partir de la description de la population choisie.

4. I – 2 La population ciblée et la constitution d'un échantillon représentatif

Bien que la problématique soit présentée sur la base de références situées en Suisse pour une question de clarté, nous avons montré qu'elle concerne l'ensemble des infirmières des pays francophones européens y compris celle du Québec dans le travail théorique relatif à l'autonomie infirmière.

La constitution d'un échantillon représentatif est une étape importante du dispositif de recherche pour en tirer des conclusions de qualité, fiables et généralisables. Pour être représentatif, notre échantillon, doit être « constitué de manière telle que tous les membres de la population aient la même probabilité d'en faire partie »¹⁶⁸. Parmi l'ensemble des lieux de soins existants dans chacun de ces pays, l'échantillon le plus représentatif de l'ensemble de la population infirmière se situe dans les grands centres hospitaliers universitaires (CHU).

En effet, bien qu'ils présentent quelques différences, il est néanmoins possible de considérer que ces lieux ont plusieurs caractéristiques en commun concernant leur organisation (organisation des services selon les disciplines médicales, gestion de l'ensemble par des administrateurs issus de disciplines non médicales), le type de professionnelles qui y travaillent ainsi que des contraintes liées au grand nombre et à la diversité. Ce qui signifie que nous trouvons dans chacun de ces centres :

- une diversité de professionnelles de disciplines proches et différentes (médecin, professions paramédicales – physiothérapeutes, diététiciennes, ergothérapeutes, assistantes sociales, etc, ... –),
- une diversité de pratiques suivant le service (chirurgie, médecine, urgences, pédiatrie, obstétrique, soins intensifs, etc, ...),
- un grand nombre de professionnelles infirmières avec spécialisations (sage-femme, soins intensifs, urgences, anesthésiste, domaine opératoire, cliniciennes, praticien-formateur) dans un même contexte,
- une diversité de situations de soins auprès des patients/situations (aiguës, chroniques, ambulatoires),
- une diversité de fonctions hiérarchiques (directrice, ICS, ICUS, infirmière spécialisée, infirmière diplômée, infirmière assistante, aide-soignante,),
- une diversité des âges de la clientèle.

¹⁶⁸ GHIGLIONE, R., MATALON, B. (2002 1st ed 1977). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratiques*. Paris: Armand Colin. p. 37.

De plus, ces centres hospitaliers universitaires présentent des soins à la pointe de la technologie, au centre de la recherche, à l'interface des milieux universitaires (académiques) et des milieux de la pratique pour chacune des professions de la santé. Ils constituent également des lieux de formation pour toutes les professionnelles qui y travaillent (accueil de stagiaires et étudiants de toutes les professions représentées).

Enfin et au-delà de leurs caractéristiques communes, ces centres offrent une diversité qui constitue, dans un même lieu, l'ensemble du contexte de soins et du travail infirmier tel qu'il se présente aujourd'hui en dehors des soins de longue durée.

Ils sont donc à même de permettre le recueil de nombreuses données qui, par leurs traitements statistiques, peuvent offrir des éléments explicatifs généralisables à notre question de recherche. A savoir, les principaux facteurs contribuant à la puissance personnelle d'agir de l'infirmière vis-à-vis d'une « pratique de santé ».

Le CHUV, situé à Lausanne, est le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (canton de Vaud). Il fait partie des Hospices-CHUV qui dépendent directement du département de la santé et de l'action sociale (DSAS). Il collabore étroitement avec la faculté de biologie et de médecine (FBM) de l'Université de Lausanne (UNIL)¹⁶⁹. En effet, dans un communiqué de presse du 11 janvier 2007¹⁷⁰, le Conseil d'Etat : « propose une structure hospitalo-universitaire qui regroupe sous une même gouvernance l'ensemble des activités de soins, de recherche et d'enseignement en biologie et en médecine qui sont actuellement développées à l'UNIL et aux Hospices-CHUV ».

« Les Hospices-CHUV constituent un centre hospitalier universitaire d'envergure européenne. Ils font partie des cinq hôpitaux universitaires suisses, avec Bâle, Berne, Genève et Zurich.

Trois missions: de soins, de formation et de recherche leur sont confiées dans le cadre du service public.

Avec plus de 7500 collaborateurs, les Hospices-CHUV constituent la plus grande entreprise du canton de Vaud en termes d'emploi. Ses collaboratrices (plus de deux tiers de femmes) et ses collaborateurs représentent:

- une grande richesse de formations et de métiers (plus de 130 professions différentes au sein de l'établissement),
- et une extrême diversité culturelle à l'image des 90 nationalités qui s'y côtoient.

Une interaction très étroite existe entre ces différentes compétences professionnelles qui servent toutes en définitive le même objectif : le bon déroulement de la prise en charge des patients. »¹⁷¹

¹⁶⁹ Annexe 4.

¹⁷⁰ <http://www.bicweb.vd.ch>. Consulté le 5.08.2007.

¹⁷¹ http://www.chuv.ch/chuv_home/chuv_qui_sommes_nous/chuv_mission-2.htm [en ligne]. Consulté le 2.08.2007.

La direction des soins est assurée par une directrice des soins et un directeur-adjoint des soins. Un collège de direction des soins, constitué des directeurs de chaque département de soins ainsi que du responsable de la formation continue et trois adjoints à la direction, relaye le plan stratégique de la direction¹⁷².

Le service de la formation continue du CHUV et ses 16 enseignants assurent l'actualisation et le développement de compétences au travers de plusieurs offres de formation.

« Le Service de la formation continue de la Direction des soins c'est :

- * une équipe de 16 enseignantes et enseignants en soins infirmiers formés dans leurs différents domaines d'interventions
- * une offre diversifiée et cohérente de formation continue mise à jour constamment et répondant aux besoins et attentes des soignants et des services de soins des Hospices/CHUV
- * la possibilité, pour les Services de soins, d'obtenir des prestations de formation « à la carte selon leurs demandes spécifiques
- * le premier contact avec l'Institution de nos nouvelles collaboratrices et nouveaux collaborateurs au travers de nos programmes d'intégration
- * la possibilité de suivre des formations de spécialisation post-diplôme en soins intensifs*, anesthésie*, salle d'opération*, clinicien*, praticien formateur, soins palliatifs, manutention des patients, soins d'urgence - certificat délivré par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)

Un service de formation interne en phase avec le quotidien des soignants et des équipes, ouvert sur l'extérieur, collaborant avec des institutions de soins et de formation de toute la Suisse romande.

UN SERVICE A VOTRE SERVICE »¹⁷³

Ce service collabore également avec la HES-SO et ses sites de formation dont en particulier la Haute Ecole de Santé du canton de Vaud (HECVSanté) qui compte 600 étudiants¹⁷⁴.

Le CHUV constitue donc le terrain de la recherche empirique. Choisi pour :

- préserver la cohérence avec les données, issues du contexte vaudois, présentées dans la problématique,
- inclure la Suisse aux côtés de la France et de la Belgique dans ce projet de recherche,
- intégrer concrètement notre réseau professionnel¹⁷⁵ à cette recherche,
- limiter la lourdeur et le coût du dispositif de recherche.

¹⁷² http://files.chuv.ch/internet-docs/dsi/dsi_plan_strategique.pdf [en ligne]. Consulté le 2.08.2007.

¹⁷³ http://www.chuv.ch/dsi/dsi_home/dsi_form_intro.htm [en ligne]. Consulté le 2.08.2007.

¹⁷⁴ <http://www.hecvssante.ch> [en ligne]. Consulté le 2.08.2007.

¹⁷⁵ Si la recherche menée par des professionnelles de la filière soins infirmiers reste un défi nécessaire à relever au sein de la profession, il nous semble essentiel de l'inscrire au sein du contexte professionnel du chercheur afin de faciliter l'intégration de la recherche auprès des professionnelles de soins. (PIGUET, 2003).

Sa direction a accepté d'être partenaire de ce projet de recherche dès 2003. La direction a ainsi collaboré, au travers de sa commission de recherche¹⁷⁶, à l'ensemble de la procédure de construction du questionnaire (elle a contribué à l'organisation de l'étude exploratoire puis du pré-test du questionnaire) d'information et de diffusion de celui-ci auprès de ses cadres (collège de direction puis infirmière-cheffe de service – ICS – et infirmière-cheffe d'unité de soins – ICUS –).

De plus, elle a organisé et assumé l'envoi et la réception des questionnaires à l'ensemble des professionnelles infirmières diplômées du CHUV à savoir 1951 personnes¹⁷⁷. En effet, un autre critère de qualité et de validité important concerne la taille de l'échantillon. Notre échantillon semble intéressant car il comprend, d'une part l'ensemble des professionnelles diplômées du CHUV en 2005 et que, d'autre part : « ... un échantillon de 1000 personnes, tirées d'une population qu'on peut considérer comme infinie, permet d'estimer une proportion avec une erreur relativement faible »¹⁷⁸.

L'enquête par questionnaire se déroule au CHUV en juillet/août 2005. Il s'adresse à l'ensemble du personnel infirmier diplômé¹⁷⁹ qui constituera ainsi la population de notre recherche. Le dispositif de cette diffusion est présenté dans le détail lors de la troisième partie du présent chapitre.

4. I – 3 Enjeux, possibles et limites

Les enjeux d'une approche quantitative portent sur la généralisation de ses résultats en fonction de la problématique posée. En effet, si l'approche qualitative permet la compréhension des comportements, une approche quantitative permet d'expliquer les conduites (SINGLY, 1992). En ce qui concerne notre question, cette approche est à même de mettre en évidence les comportements des infirmières relativement à leur pratique professionnelle, et répondre à notre question, à savoir : ces pratiques sont-elles centrées sur la santé et quels sont les facteurs qui y contribuent ?

Cette approche quantitative de notre question devrait permettre d'aller au-delà des résultats obtenus par notre recherche antérieure (PIGUET, 2002) qui, par le nombre restreint d'individus concernés, sont peu probants¹⁸⁰ pour expliquer la nature des activités de l'infirmière dans sa pratique (NADOT et al. 2002b).

Ainsi, ce choix correspond à notre problématique et à notre question de recherche qui toutes deux visent :

- la connaissance d'une population en tant que telle (ici celle des infirmières et de leurs pratiques) : ses conditions et ses modes de vie, ses comportements, ses croyances ou ses opinions,

¹⁷⁶ Cette commission est constituée par le directeur-adjoint des soins au CHUV (assure sa direction), le responsable du service de formation continue du CHUV jusqu'au 31 mai 2007 et un enseignant au service de formation continue du CHUV jusqu'au 31 mai 2007 puis responsable de ce même service.

¹⁷⁷ Annexe 5.

¹⁷⁸ GHIGLIONE, R., MATALON, B. (2002 1st ed 1977). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratiques*. Paris: Armand Colin. p. 52.

¹⁷⁹ Le questionnaire n'a pas été distribué aux professionnelles engagées dans une formation de spécialisation (soit de longue durée).

¹⁸⁰ Voir chapitre 3. II – 3.1.5.

- l'analyse d'un phénomène social que l'on pense pouvoir mieux cerner à partir d'informations portant sur les individus de la population concernée,
- à répondre à l'exigence selon laquelle il est nécessaire d'interroger un grand nombre de personnes face au problème de représentativité (QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L., 1995),
- à atteindre les objectifs pour lesquels l'enquête par questionnaire convient particulièrement.

Cependant, cette approche présente une fragilité en ce qui concerne la fiabilité de son dispositif. En effet, celui-ci requiert plusieurs conditions et notamment la rigueur de l'utilisation de l'outil statistique qui représente en lui-même une discipline.

Quivy & Van Campenhoudt (1995) précisent à ce sujet les caractéristiques de la formation requise pour mener à bien une recherche qui utilise l'approche quantitative. Ils relèvent cependant que :

« Dans le cas le plus courant où le travail est effectué en équipe et où il est fait appel à des services spécialisés, il n'est pas indispensable que tous les chercheurs soient personnellement formés dans les domaines les plus techniques »¹⁸¹

Or, d'une part un travail de thèse n'est pas a priori un projet de recherche mené par une équipe et d'autre part nous ne possédions pas la maîtrise de cette approche et de ses outils.

La nécessité toutefois de traiter cette question sous cet angle et l'intérêt de développer de nouvelles connaissances nous ont amené à tenter cet exercice difficile et exigeant.

Nous n'y serions cependant pas parvenues sans l'aide, le soutien, l'accompagnement et le *coaching* de plusieurs experts¹⁸² dans ce domaine qui sont intervenus de manière complémentaire, à notre demande, en fonction de nos questions et des problématiques, un peu à l'instar d'une équipe de recherche avec ses différentes ressources.

Ils nous ont permis avec le support de références documentaires (ARDILLY, P., 1994; BARON; R. M., KENNY, D. A., 1986; BOURBONNAIS, R., 2005; FORTIN, M.-F., 2006; GHIGLIONE, R., MATALON, B., 2002; GRANGE, D., LEBART, L. 1993; HOWELL, D. C., 2006 6e tirage; IRIBANE, P., 2006; LEBARON, F., 2006; QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L., V., 1995; SINGLY, F., 1992) d'acquérir la formation nécessaire in situ et en continu pour construire le questionnaire, organiser sa diffusion et réaliser les traitements statistiques pertinents relativement à notre recherche.

4. II – La conception du questionnaire

Cette deuxième partie expose la conception du questionnaire et la construction de ses différentes variables à partir du modèle de Bandura (2003). Elle présente les groupes de

¹⁸¹ QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod. p. 193.

¹⁸² Annexe 6.

variables propres à chacun des pôles de ce modèle de relation triadique réciproque (facteurs personnels, comportement et environnement) et la manière de les traiter.

La conception du questionnaire est abordée en commençant par la présentation des principaux choix méthodologiques qui l'ont guidée, à savoir :

- le cadre de référence global qui permet l'opérationnalisation de notre question de recherche, soit le modèle triadique de relation réciproque (BANDURA, 2003)
- la présentation et l'organisation du questionnaire (consignes, type et organisation des questions, homogénéité des groupes de variables).
- la construction de chacun des groupes de variables, et, à l'intérieur de ceux-ci, de l'élaboration de chacune des variables.

Ainsi, le cadre de référence de l'opérationnalisation de la recherche empirique est précisé, de même que la présentation globale du questionnaire, le type de questions, l'organisation à l'intérieur du questionnaire et la question de sa validité.

Elle se termine par une vision de synthèse de l'ensemble de cette construction au travers d'un résumé et d'une figure du modèle de construction de notre questionnaire qui servira également à l'analyse des données qui en seront issues.

4. II – 1 L'opérationnalisation de la recherche

C'est le modèle de relation triadique réciproque (BANDURA, 2003) qui va guider la conception de notre questionnaire et de ses variables. En effet, pour mettre en évidence l'agentivité, soit la puissance personnelle d'agir de l'infirmière, en regard des pratiques pour lesquelles elle se déploie, ce modèle présente trois pôles distincts à partir desquels seront construits les différents groupes de variables.

De sorte que, si le pôle des **facteurs personnels internes** concerne les croyances au travers des événements cognitifs, émotionnels et biologiques, cela renvoie, pour les infirmières, à la croyance en leur *efficacité personnelle (SEP)* et *collective (SEC)* ainsi qu'à leur croyance relative à leur responsabilité, c'est-à-dire le *lieu d'inférence de leur comportement*, vis-à-vis de la formation (interne/externe). Dans ce pôle nous recherchons également les *données socioprofessionnelles* qui permettent de situer l'infirmière dans sa trajectoire professionnelle.

En ce qui concerne le pôle des **comportements**, ce sont les comportements liés à leur *pratique professionnelle* en particulier ceux qui privilégient l'approche centrée sur une « pratique de santé »¹⁸³ et à leur *pratique autoformative* d'autre part qui seront recherchés.

¹⁸³ Le questionnaire présente également des questions relatives aux comportements de l'équipe infirmière tels que chaque professionnelle les perçoit. Cependant, au vu du grand nombre de variables impliquées dans cette recherche, nous avons renoncé à les exploiter, bien que nous ayons recueilli ces données.

4. II – 2.1 La présentation des consignes

Une page de consignes présente le questionnaire. Elle précise la marche à suivre, les règles de confidentialité et donne une information relative à la transmission des résultats. Elle se termine par la demande de renvoyer le questionnaire vide au cas où la personne ne souhaite pas y répondre et d'en indiquer la raison.

4. II – 2.2 Le type de questions

L'option de proposer des questions fermées a été faite sur la base de la problématique. En effet, suite aux entretiens exploratoires et aux difficultés d'adopter un positionnement clair quant à l'orientation vers une « pratique de santé », nous ne souhaitons pas retrouver les nuances d'un « entre deux postures » mais un réel choix face à chacun des thèmes de ce questionnaire (SEP/SEC, contrôle sur la formation, pratiques professionnelles et pratiques autoformatives). Par ailleurs, deux des cinq parties sont empruntées telles quelles à Follefant & Meyer (CARRE, P., CHARBONNIER, O., 2003) et présentent des questions fermées.

4. II – 2.3 L'organisation des questions

Les questions sont présentées au travers de 5 groupes explorant :

- les données socioprofessionnelles,
- les pratiques professionnelles,
- le sentiment d'efficacité, personnelle et collective,
- le contrôle de l'infirmière sur sa formation,
- Les pratiques autoformatives.

Ces groupes ont été placés de manière à permettre à l'infirmière de commencer par se présenter au travers de sa situation professionnelle, le premier groupe concerne ainsi **les données socioprofessionnelles**.

La **pratique professionnelle** vise à identifier la manière dont l'infirmière oriente sa pratique d'une part et comment elle perçoit l'orientation de celle de l'ensemble de son équipe infirmière. Elle comprend ainsi deux volets :

- la pratique professionnelle de l'infirmière telle qu'elle la présente,
- la pratique professionnelle de l'équipe infirmière dans laquelle l'interviewée travaille¹⁸⁸.

Le troisième groupe concerne **le sentiment d'efficacité**. Il se présente également en deux parties : le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) d'abord, puis le sentiment d'efficacité collective (SEC) ensuite.

Les questions relatives au SEP demandent à l'infirmière de se positionner en regard de la manière dont elle perçoit son efficacité au travail. Le contexte rappelé à chacune des questions concerne en effet le travail de manière générale. Il permettra ainsi d'établir un lien avec les réponses relatives aux pratiques professionnelles et aux pratiques autoformatives.

¹⁸⁷ Annexe 7.

¹⁸⁸ Celle-ci ne sera pas exploitée.

Les questions relatives au SEC font appel à la perception de l'infirmière quant à l'efficacité de son équipe infirmière. Autrement dit, ces allers-retours élargissent formellement le cercle de la pratique professionnelle de l'infirmière en rappelant à celle-ci sa place dans une équipe.

Le quatrième groupe aborde les questions du **contrôle exercé par l'infirmière sur sa formation** avec des questions d'opinion qui l'amènent à répondre sur sa manière de considérer son rôle face à celles-ci.

Le cinquième et dernier groupe place l'infirmière devant un positionnement quant à la régulation de son apprentissage, c'est-à-dire à la manière dont elle apprend en continu et in situ, **ses pratiques autoformatives**.

Ainsi, l'organisation de ces cinq groupes alterne les questions relatives aux croyances avec celles relatives aux comportements. Elle permet à l'interviewée de se présenter au travers des principaux éléments de sa vie professionnelle avant de l'amener à présenter sa pratique professionnelle et celle de son équipe, ses croyances vis-à-vis de son efficacité et celles vis-à-vis de l'efficacité de son équipe ; ses croyances de contrôle sur sa propre formation et enfin ses pratiques autoformatives.

4. II – 2.4 L'homogénéité des questions

Trois groupes de questions ont été élaborées par nous-mêmes. A savoir, ceux concernant : les **données socioprofessionnelles**, les **pratiques professionnelles** et les **pratiques autoformatives**.

Les variables des données socioprofessionnelles seront traitées indépendamment les unes des autres en regard des croyances et des comportements. Elles ne nécessitent donc pas de test de mesure de leur homogénéité.

Les pratiques professionnelles sont élaborées selon le modèle de « médiologie de la santé » (NADOT, 2002a) présenté plus bas et ne nécessitent également pas de test de mesure de leur homogénéité en regard de l'approche statistique adoptée (chapitre 5).

Par contre, le groupe de variables des pratiques autoformatives présenté plus bas fera l'objet d'un test d'homogénéité. L'alpha de Cronbach permet de mesurer le degré d'homogénéité de ce groupe en vue du traitement des résultats de l'ensemble de celui-ci.

4. II – 3 La construction des groupes de variables

La construction des variables est présentée selon la logique du modèle de référence, soit à partir de deux pôles du modèle de Bandura, les facteurs personnels et les comportements, et non celle de l'organisation du questionnaire qui vient d'être présenté. Nous décrirons ici en détail les références méthodologiques et conceptuelles à partir desquelles nous avons formulé les questions. Si nécessaire, nous présenterons des parties du questionnaire afin de faciliter la compréhension des explications données

concernant sa construction. L'ensemble du questionnaire peut être consulté en annexe¹⁸⁹.

4. II – 3.1 Les facteurs personnels

Le pôle des facteurs personnels, dans notre construction, comprend :

- le sentiment d'efficacité personnelle,
- le sentiment d'efficacité collective,
- le contrôle de l'infirmière sur sa formation,
- les données socioprofessionnelles.

Ces quatre dimensions forment chacune un groupe de variables. Nous présentons ci-après les choix qui ont guidé leur construction et la manière de les opérationnaliser au travers de leurs variables.

Afin d'identifier le **sentiment d'efficacité personnelle** (SEP) des infirmières, le questionnaire de Follenfant et Meyer, adapté de celui de (SCHWARZER, 1997; SCHWARZER, R., JERUSALEM, M., 1993)¹⁹⁰, permettra d'identifier en 10 questions le sentiment d'efficacité personnelle de ces professionnelles vis-à-vis de leur travail (CARRE, P. CHARBONNIER, O., 2003). Ce choix permet de cibler d'entrée le contexte concerné, le travail, bien qu'il reste général, en regard de la nature contingente du SEP. Ce sont les traitements statistiques (entre SEP et comportements) qui permettront de spécifier le type de travail, soit l'orientation de la pratique des infirmières.

En remplacement du libellé de Follenfant & Meyer : « *Diriez-vous :* » suivi de chacune des questions, nous avons choisi d'introduire les questions par : « *En ce qui concerne mon efficacité, je dirais :* ». Notre libellé ainsi formulé donne une indication plus explicite de ce qui est recherché. Ce faisant, il a probablement augmenté les scores concernant le sentiment d'efficacité par un effet de type de désirabilité. Il en a été de même pour les questions d'efficacité collective. Cependant, si tel est le cas, cet effet concerne l'ensemble des infirmières d'une part et permet de faire apparaître les différences dans les analyses de variance de manière plus importante d'autre part.

¹⁸⁹ Annexe 7.

¹⁹⁰ Ralf Schwarzer, & Matthias Jerusalem (1993), rev. 2000

http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Turkish/General_Perceived_Self-efficac/general_perceived_self-efficac.htm [en ligne]. Consulté le 5.08.2007.

1. I can always manage to solve difficult problems if I try hard enough.
2. If someone opposes me, I can find the ways and means to get what I want.
3. I am certain that I can accomplish my goals.
4. I am confident that I could deal efficiently with unexpected events.
5. Thanks to my resourcefulness, I can handle unforeseen situations.
6. I can solve most problems if I invest the necessary effort.
7. I can remain calm when facing difficulties because I can rely on my coping abilities.
8. When I am confronted with a problem, I can find several solutions.
9. If I am in trouble, I can think of a good solution.
10. I can handle whatever comes my way.

Response format: (1) not at all true, (2) barely true, (3) moderately true, (4) exactly true.

Les quatre positions possibles parmi : « *tout à fait d'accord, plutôt d'accord, pas vraiment d'accord et pas du tout d'accord* » permettaient à l'infirmière de nuancer sa réponse. Ces quatre positions sont considérées, d'un point de vue statistique, comme ayant un écart identique. Il était également précisé *de choisir une seule réponse par question parmi les 4 cases prévues à cet effet* ». Seuls les questionnaires répondant à cette consigne ont été analysés¹⁹¹.

Le **sentiment d'efficacité collective** (SEC), défini comme « une croyance partagée par un groupe en ses capacités conjointes d'organiser et d'exécuter les actions nécessaires pour produire un niveau donné de réalisation »¹⁹² correspond à : « ... une caractéristique émergente au niveau du groupe plutôt que simplement la somme de l'efficacité personnelle perçue de chaque membre..... »¹⁹³.

En ce qui concerne son opérationnalisation, Bandura relève « l'absence de bonnes mesures qui pose un problème méthodologique pour les recherches » et propose néanmoins deux approches possibles. Parmi ces deux approches :

- « additionner les évaluations que font les membres de leurs capacités personnelles pour les fonctions spécifiques qu'ils assument dans le groupe »,
- « ... additionner les évaluations que font les membres des capacités de leur groupe pris comme un tout »¹⁹⁴,

la seconde semble pouvoir permettre, dans notre travail, de recueillir plus d'informations et de distinguer ce qui relève du SEP et du SEC.

Ainsi, les mêmes 10 questions de Follenfant & Meyer adaptées de (SCHWARZER, 1997) posées pour identifier le SEP, ont été traduites à la 1^{ère} personne du pluriel, afin d'identifier le sentiment d'efficacité collective des infirmières vis-à-vis de leur travail.

Dans la perspective de mettre l'accent sur cette capacité émergente du SEC de l'équipe d'une part et de l'objectif visé d'autre part, nous avons toutefois choisi de remplacer le terme « travail » dans trois des questions par :

- « **notre équipe** » (question n° 67), « Dans notre équipe, nous parvenons toujours à résoudre les problèmes difficiles si nous nous en donnons la peine. »
- « **l'offre en soins** » (question n° 73), « Si quelqu'un nous fait obstacle dans le cadre de notre offre en soins auprès du patient, nous pouvons trouver un moyen pour obtenir ce que nous voulons. »
- « **notre pratique soignante** » (question n° 70), « Lorsque nous sommes confronté(e)s à un problème dans notre pratique soignante, nous pouvons habituellement trouver plusieurs idées pour le résoudre. »

Nous avons également présenté les questions dans un ordre différent que celui adopté pour le SEP afin de favoriser un positionnement nouveau vis-à-vis de ces libellés,

¹⁹¹ Annexe 5. Ils sont identifiés sous la rubrique « effectif en retour ».

¹⁹² BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 708.

¹⁹³ Idem, p. 709.

¹⁹⁴ Idem, p. 710.

identiques du point de vue du contenu à ceux concernant le SEP, et éviter un effet de halo (GHIGLIONE, R., MATALON, B., 2002).

Par ailleurs, il n'est pas précisé dans la théorie de Bandura (2003) d'où provient l'objectif défini. Il n'est donc pas relié à une valeur particulière de l'individu ou du groupe et n'est pas forcément celui de l'individu ou du groupe. Ce qui amène à penser que **le pouvoir d'agir d'un individu s'effectue, selon cette théorie, non en fonction de ses valeurs propres, définies au travers de son objectif, mais plutôt en fonction de sa projection en sa capacité à réaliser une activité donnée sur la base d'objectifs définis par d'autres.** Ceci pose alors la question de la part et du pouvoir de l'environnement dans ce processus ainsi que celui du rapport de l'individu à ce pouvoir.

Cette question nous amène à explorer également, pour ce qui concerne les facteurs personnels, **le contrôle (interne ou externe) de l'infirmière sur son comportement**, c'est-à-dire la croyance de la professionnelle quant au lieu d'inférence de ses comportements et de ses émotions (DUBOIS, 1987) et notamment ceux reliés à sa formation.

Pour explorer cette question, le questionnaire relatif à l'attitude développée par le travailleur face à la formation et à l'apprentissage a été repris tel quel (FOLLENFANT, A., MEYER, T., 2003). Issu également de l'ouvrage : « les apprentissages professionnels informels » (CARRE, P. CHARBONNIER, O., 2003), il concerne le contrôle interne et externe de la personne sur sa formation et son apprentissage.

Présentées selon deux dimensions qui renvoient à « l'implication personnelle et la maîtrise de sa propre formation » pour l'une et à « une influence extérieure qui implique une relation hiérarchique » pour l'autre, les auteurs précisent que « ces facteurs sont par construction indépendants, c'est-à-dire que le fait d'avoir un score élevé pour le facteur « interne » n'implique pas nécessairement un score faible pour le facteur « externe »¹⁹⁵.

En s'appuyant sur les nombreuses recherches quant aux attitudes dans le champ de la psychologie sociale (DUBOIS, 1987), les auteurs considèrent que le facteur interne est apparenté à « un lieu de contrôle interne » tel que « les causes des événements personnels sont attribuées à des sources contrôlables plutôt qu'incontrôlables, alors que le facteur externe renvoie à une régulation des activités par le contexte »¹⁹⁶. Ainsi et pour identifier le « lieu de contrôle interne », ils ont élaboré huit questions et, en ce qui concerne la « régulation des activités par le contexte », cinq questions. Pour deux des questions liées à la « régulation des activités par le contexte », nous avons procédé à une légère adaptation de la formulation en regard de notre contexte. Nous avons ainsi :

- remplacé « l'entreprise » par « l'institution » (question n° 78 : « C'est avant tout à l'Hôpital de développer mes compétences. »),

¹⁹⁵ FOLLENFANT, A., MEYER, T. (2003). Pratiques déclarées, sentiment d'avoir appris et autoefficacité au travail. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaires. In CARRE, P., CHARBONNIER, O. (dir.). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris: L'Harmattan. p. 198.

¹⁹⁶ Idem, p. 199.

- adapté la question : « C'est au responsable de décider de la formation des salariés » par (question n° 80) : « C'est au responsable de service de décider de ma formation. » Cette dernière formulation implique par ailleurs plus la professionnelle.

L'ordre des questions n'a pas été précisé par Follenfant & Meyer (CARRE, P., CHARBONNIER, O., 2003). Ainsi, les libellés relatifs aux facteurs internes et ceux relatifs aux facteurs externes ont été intervertis afin d'éviter un biais de positivité (GHIGLIONE, R., MATALON, B., 2002) en référence aux récents travaux cités par Dubois (2005) faisant apparaître l'internalité comme une norme sociale, après l'avoir identifiée comme une dimension stable de la personnalité (DUBOIS, 1987).

Nous restons consciente cependant, que la simple interversion des variables ne va pas faire disparaître totalement un biais possible mais seulement l'atténuer ou éviter de le renforcer.

A ce groupe de questions, il était également demandé à l'interviewée de faire son choix à l'aide d'une seule croix face à une des quatre positions proposée (tout à fait d'accord, plutôt d'accord, pas vraiment d'accord et pas du tout d'accord).

La consigne introduisant les questions: « *En ce qui concerne ma formation, je dirais :* » a également remplacé le libellé de Follenfant & Meyer: « *Diriez-vous :* » suivi des questions. Cependant ici nous ne pensons pas que cette adaptation ait eu un effet sur les réponses de type de désirabilité car les libellés sont explicitement tournés vers la formation.

Par ailleurs, la signification des variables du questionnaire élaboré par Follenfant & Meyer (CARRE, P., CHARBONNIER, O., 2003) est précisée par la définition de « l'attribution de responsabilité », illustré ci-après :

« ... un individu possède un contrôle interne « quand il se reconnaît pleinement responsable de ce qui arrive, même si cela dépend d'une autre cause externe » et un contrôle externe « quand il rejette la responsabilité d'un renforcement même si ce renforcement est la conséquence directe du comportement de l'individu », et enfin un double contrôle, « quand il se reconnaît seulement une part de responsabilité dans ce qui lui arrive, l'autre part étant attribuée à des facteurs extérieurs »¹⁹⁷.

Cette précision rapproche, à notre sens, le fait qu'un facteur interne élevé ne signifie pas nécessairement un score faible pour le facteur externe (FOLLENFANT, A., MEYER, T. in CARRE, P., CHARBONNIER, O., 2003) du double contrôle avancé par Wong et devrait ainsi permettre une interprétation plus nuancée des résultats de l'enquête.

De plus, ce concept de locus de contrôle correspond bien à ce que nous cherchons à identifier, à savoir et tout d'abord : à qui l'infirmière attribue-t-elle le fait de se former ? Autrement dit se reconnaît-elle pleinement responsable de sa formation, même si le fait de se former dépend d'une autre cause externe, à savoir l'hôpital via sa/ses responsable/s ?

¹⁹⁷ WONG (1981) in DUBOIS, N. (1987). *La psychologie du contrôle, les croyances internes et externes*. Grenoble: Presses universitaires. p. 48.

Ces questions rejoignent les travaux de Deci & Ryan¹⁹⁸ qui identifient trois facteurs essentiels à la motivation intrinsèque, définie comme l'engagement du sujet dans une activité comme fin en soi, pour le seul plaisir et la satisfaction qu'elle suscite en soi indépendamment de tout but extrinsèque (motivé par le besoin ou le désir d'atteindre un but particulier, qu'il s'agisse de l'obtention d'une récompense, d'un bénéfice attendu, ou de l'évitement d'une punition). Il s'agit des :

- besoin d'affiliation,
- sentiment de compétence,
- sentiment d'autonomie.

Par conséquent, nous cherchons à identifier chez l'infirmière les liens existants (corrélations) entre le contrôle sur sa formation (interne/externe) et :

- ses **pratiques autoformatives** (présentées ci-dessous), à savoir la capacité de l'infirmière à réguler sa formation, c'est-à-dire à la piloter,
- ses **pratiques professionnelles** (présentées ci-dessous), à savoir la capacité à déterminer son type de pratique, c'est-à-dire le choisir et le contrôler (CARRE, P., MOISAN, A., 2002).

Enfin, nous cherchons à identifier, en ce qui concerne l'infirmière, la relation entre ses croyances de contrôle exercé sur sa formation (interne/externe) et son SEP, c'est-à-dire la croyance en sa capacité à atteindre un objectif défini. Autrement dit, nous cherchons à identifier chez l'infirmière la corrélation entre deux croyances, celle concernant le lieu d'inférence de sa formation et celle de sa capacité à atteindre un objectif défini (concernant sa pratique professionnelle et concernant ses pratiques autoformatives).

Le groupe de variables socioprofessionnelles permet de situer les professionnelles dans leur identité, leur fonction, leur activité professionnelle, leur formation initiale et continue. Il est centré principalement sur des faits existants.

Les 15 questions fermées, construites en collaboration avec un enseignant du service de la formation continue du CHUV¹⁹⁹, précise le profil de la population ciblée. Ces questions ont été élaborées dans la perspective de rechercher plus particulièrement les relations entre leurs fonctions, leur spécialisation et leur engagement dans le développement de leur carrière, de leur profession et de leur formation.

Elles précisent en particulier, les données relatives à leur :

- identité (âge, sexe),
- travail (fonction, pourcentage et durée),
- formation professionnelle initiale (lieu, site, niveau de formation),
- engagement dans la profession (inscrite, active dans une association professionnelle),
- expérience professionnelle (année diplôme, spécialisation, formation continue).

¹⁹⁸ BOURGEOIS, E. (2006). La motivation à apprendre. In BOURGEOIS, E., CHAPELLE, G. (dir.). *Apprendre et faire apprendre*. Paris: PUF, p. 237.

¹⁹⁹ Celui-ci fait également partie de la commission de recherche du CHUV.

4. II – 3.2 *Les comportements*

Les comportements recherchés relèvent de pratiques que l’infirmière développe au cœur de son travail. L’exploration vise deux types de pratiques :

- les pratiques professionnelles,
- les pratiques autoformatives.

4. II – 3.2.1 **L’opérationnalisation des pratiques professionnelles**

Les **pratiques professionnelles infirmières** se réfèrent à l’activité déployée par les infirmières.

La construction du questionnaire vise à identifier les différents facteurs contribuant à l’agentivité des infirmières dans leur « pratique de santé », soit leur autonomie telle que nous l’avons définie.

Cependant, partant de la problématique de la réorientation professionnelle des pratiques infirmières sur la santé et de la difficulté des infirmières à les mettre en œuvre dans leurs pratiques liées à la tension entre deux approches opposées – la maladie et la santé – il s’agissait de reproduire au travers de nos questions cette situation de tension afin de mettre en évidence les choix privilégiés en finalité.

En regard de la réorientation des pratiques professionnelles vers la prévention, la promotion et le maintien de la santé, il paraît important de distinguer la/es dimension/s de la pratique infirmière qui se trouve/nt privilégiée/s aujourd’hui par les professionnelles afin de situer les conditions qui permettent aux infirmières de développer cette orientation santé dans leur pratique.

Deux problèmes méthodologiques se posent alors pour la mise en évidence des pratiques privilégiées, à savoir ceux de :

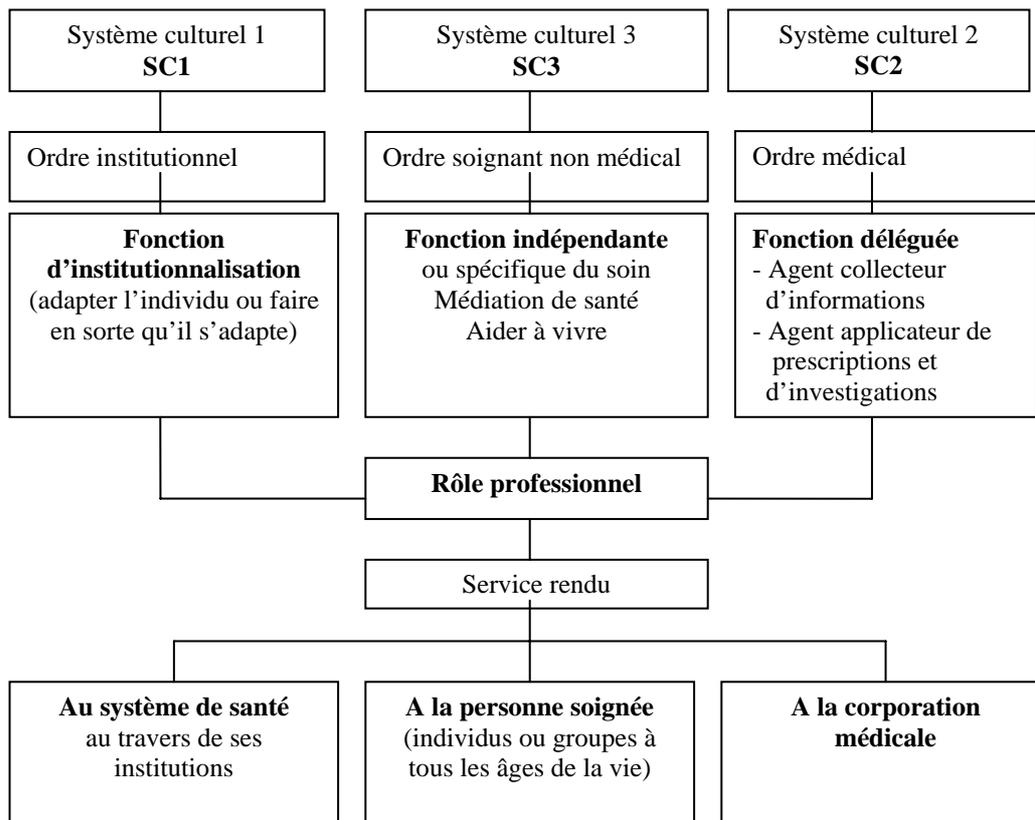
- l’élaboration de variables permettant de préciser la « pratique de santé » et la « pratique de soins » relativement à notre problématique,
- leur présentation afin d’« obliger » les infirmières à se positionner en regard de ces deux pratiques afin de nous permettre d’identifier les orientations développées de manière privilégiée. Cette dernière approche s’apparente à la recherche des préférences de la population (GHIGLIONE, R., MATALON, B., 2002).

En regard de la première question, la théorie de la médiologie de la santé (NADOT, 1993) va nous permettre d’opérationnaliser la pratique professionnelle dans notre recherche. En effet, la structure de ce modèle et la clarification des pôles de la pratique infirmière : *médical, institutionnel et non-médical* offrent la possibilité de construire des variables se rapportant à chacun de ces pôles. Ceux-ci, apparentés à des cultures différentes, sont déployés au travers de la « *fonction d’intermédiaire culturelle* » qui peut également être identifiée.

De plus, la présentation claire au sein de ce modèle de deux degrés d’intervention : premier degré centré sur la personne soignée et second degré centré sur le « service

rendu à trois ensembles culturels » rejoint la « pratique de santé » et la « pratique de soins » telles que définies lors de la problématique. En effet, la « pratique de santé » est centrée sur la personne soignée et sa définition de sa santé et la « pratique de soins » est centrée sur l'ensemble des soins à réaliser auprès de la personne soignée selon la mission de l'institution²⁰⁰. Nous présentons dans le détail la manière d'opérationnaliser ce modèle au sein de notre recherche empirique. La figure ci-dessous permet de saisir la structure de ce modèle.

Figure 6 - Médiologie de la santé: trois éléments culturels traduits dans les normes d'action des soignantes au XVIIIe siècle²⁰¹



Ainsi, sur la base de ce modèle, les dix modalités suivantes ont été élaborées puis validées auprès de l'auteur du modèle, Michel Nadot²⁰². Elles sont présentées ci-dessous à partir des trois systèmes culturels identifiés dans ce modèle et d'une « *fonction d'intermédiaire culturelle* » qui les relie et les coordonne.

²⁰⁰ Tableau 3.

²⁰¹ NADOT, M. (2002). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 51.

²⁰² Michel Nadot est actuellement Professeur à la Haute école de santé de Fribourg (HEdS-FR/HES-SO), responsable de l'unité de recherche francophone et responsable du RECSS (réseau de recherche aux confins de la santé et du social). Engagée à temps partiel, entre le 1^{er} septembre 2005 et le 31 mars 2007, comme collaboratrice scientifique au RECSS (Réseau d'Etudes aux Confins de la Santé et du Social : un des quatre réseaux de recherche de la HES-SO dans le domaine santé-social), nous avons eu l'occasion de partager nos questions et préciser l'approche adoptée par Nadot directement avec lui.

La **culture institutionnelle**, Nadot précise que la soignante « va aménager l'espace de vie des habitants de l'hôpital en fonction des valeurs et des finalités institutionnelles »²⁰³. Les deux modalités suivantes vont traduire cette définition²⁰⁴ :

20. *J'intègre dans ma pratique les directives institutionnelles et je vérifie leur application.*
25. *J'organise le déroulement de la prise en charge des patients en tenant compte des impératifs du service.*

La **culture médicale**, introduite dès le milieu du XVIIIe siècle dans l'espace hospitalier, va permettre au corps médical de « déléguer à la soignante de nouvelles connaissances de façon à ce qu'elle devienne un « agent double à son service » : agent collecteur de données en vue d'une analyse médicale (observation, évaluation de l'état du malade et transmission dans la langue légitime), agent applicateur des prescriptions médicales au travers de connaissances déléguées et imposées ultérieurement à l'occasion d'un cours ou par des manuels de soins dits « aux malades »²⁰⁵. Les deux modalités suivantes traduisent ces deux types d'activités :

19. *J'applique le projet thérapeutique de manière adéquate à l'aide de mes connaissances professionnelles.*
22. *Je recueille les données nécessaires aux mesures diagnostiques, préventives et thérapeutiques.*

La **culture soignante non médicale** relève, selon Nadot (2002a) des prestations de soins, définie ici comme « le soin en tant que relation à la personne soignée (la médiation de santé) ». Il ajoute que :

« Dans ce degré de relation, les soignantes avaient la possibilité d'offrir aux personnes soignées un réconfort, la possibilité de donner un sens à leur expérience, et de leur proposer, à tous les âges de la vie, un ensemble de moyens pertinents pour leur « bien-être », leur rétablissement, entretenir avec elles aussi bien la vie que la raison de vivre ou parfois – et c'est aussi çà la vie – offrir une fin de vie digne. »²⁰⁶.

L'ensemble de ces éléments centrés sur la personne soignée renvoient à trois concepts différents et complémentaires, à savoir le **soutien**, la **relation** et la **formation** qui ont été traduits par les trois modalités suivantes :

18. *Je cherche avec le patient à promouvoir sa santé.*
23. *Je m'implique personnellement dans la relation avec le patient.*
24. *Je définis avec le patient un projet de soins et les moyens de les mettre en œuvre.*

La **fonction d'intermédiaire culturelle** est décrite comme :

²⁰³ NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 46.

²⁰⁴ Les numéros des questions correspondent à ceux du questionnaire.

²⁰⁵ NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 50.

²⁰⁶ Idem, p. 55.

« Une prestation [qui] se réalise dans l'espace de vie « externe » à la personne soignée, là où l'on sort de la médiation de santé, là où le discours « s'échappe » du soin pour composer le rôle professionnel. Pour atteindre ce degré de communication, la soignante, avec tout son « appareillage mental », doit se déplacer et, à l'image du zoom d'un objectif photographique, son déplacement lui permet d'accéder à un nouvel espace-temps relationnel particulier que nous nommerons, à la suite de Debray (1991, p. 229) une médiasphère : le champ perceptif et de communication s'accroît, la relation n'est plus centrée sur une personne mais sur un espace institutionnel dans lequel s'utilisent plusieurs codes linguistiques. La compétence soignante réclame de comprendre et d'utiliser ces codes. Plus l'espace relationnel s'élargit, plus la position d'intermédiaire culturelle demande de compétences et génère autant de bruits divers que d'imprévus. »²⁰⁷.

Cette fonction renvoie ainsi à trois éléments distincts, la **communication**, la **médiation** et le **traitement de l'information**. Ceux-ci ont été traduits par les modalités suivantes :

- 17. *Je traite l'ensemble des données afin d'intégrer l'imprévu de manière adéquate.*
- 21. *J'affirme le point de vue infirmier dans les prises de décisions interdisciplinaires.*
- 26. *J'ai recours à la réflexion dans l'action et sur l'action.*

En résumé, nous trouvons dans ce modèle, ce que Nadot appelle les deux degrés d'intervention de l'infirmière :

1. Un premier degré, nommé « soin ou médiation de santé » centré sur la personne soignée au travers de « prestations de soins », correspond aux pratiques de soins et d'assistance réalisées correspondant au « *service rendu à la personne soignée* » (fonction indépendante du rôle professionnel). Il sera apparenté à la « **pratique de santé** » selon notre définition.
2. Un second degré, nommé « prestations soignantes dites médiologiques », centré sur un espace institutionnel et son organisation par un « service rendu à trois ensembles culturels », dont celui concernant la « médiation de santé » concerné par le premier degré d'intervention, au travers d'une « position d'intermédiaire culturelle » (fonction dépendante du rôle professionnel). Il sera apparenté à la « **pratique de soins** » selon notre définition.

Le tableau suivant présente la conversion opérée entre le modèle de médiologie de la santé (NADOT, 1993), et les pratiques professionnelles de santé et de soins. Il met également en regard les deux modèles de santé (BURY, 1988) qui illustrent la différence d'approche au cœur desquelles se situe la professionnelle.

²⁰⁷ Idem, p. 58-59.

Tableau 5 – Opérationnalisation de la pratique professionnelle infirmière

Pratiques professionnelles				
Pratiques professionnelles Cadre de référence	« Pratique de soins »		« Pratique de santé »	
		centrée sur les soins au patient et leur organisation selon la représentation de la santé de l'institution		Centrée sur le patient et sa représentation de la santé
Modèle de santé (BURY, 1988)	<p>Médical</p> <p>La maladie est principalement organique</p>		<p>Global</p> <p>La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux</p>	
Médiologie de la santé (NADOT, 1993)	<i>"fonction d'intermédiaire culturelle"</i>			<i>"service rendu au patient"</i>
	<i>"service rendu à l'institution"</i>	<i>"service rendu au corps médical"</i>	<i>"service rendu au corps non médical"</i>	

Ainsi, et afin d'identifier la dimension de leur pratique, « pratique de santé » ou « pratique de soins », que les infirmières privilégient, les variables suivantes seront utilisées, à savoir pour :

- la « **pratique de santé** », la variable du « *service rendu au patient* » et ses trois modalités,
- la « **pratique de soins** », la variable de la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » et ses trois modalités, ainsi que celles : du « *service rendu à l'institution* » et ses deux modalités et du « *service rendu au corps médical* » et ses deux modalités.

Dans notre opérationnalisation, aucune modalité n'a été construite en regard du « *service rendu au corps non-médical* ». En fait, dans son modèle, Nadot opère un glissement que nous pouvons identifier à la figure 6. Celui-ci se situe entre les trois ordres présentés : ordre institutionnel, ordre soignant non-médical et ordre médical et le « *service rendu* » à chacun d'eux qui en découle.

A celui de l'ordre soignant non médical correspond le « *service rendu au patient* » alors que pour chacun des deux autres ordres, le « *service rendu* » l'est aux acteurs de cet ordre. Ce qui signifie que le « *service rendu au patient* » se confond ici à l'ordre soignant non médical. La présentation suggère une appropriation par l'infirmière du patient, nous y reviendrons lors de l'exploitation des résultats (chapitre 7).

Par conséquent, n'ayant pas les moyens d'opérationnaliser ce « *service rendu au corps non-médical* », aucune modalité n'en rend compte formellement. Cependant, parmi les trois modalités de la « *fonction d'intermédiaire culturelle* », nous avons introduit cette dimension explicitement par l'affirmation du point de vue infirmier²⁰⁸. Les deux autres modalités correspondent à l'ensemble des trois cultures à notre sens.

²⁰⁸ « J'affirme le point de vue infirmier dans les prises de décisions interdisciplinaires. »

S'il peut paraître que la présentation de 10 modalités pour rendre compte de la pratique professionnelle infirmière soit insuffisante, celles-ci sont à même de rendre parfaitement compte à notre sens des deux orientations – santé et soins – présentées lors de la problématique. Elles devraient permettre d'identifier en particulier la « pratique de santé » ainsi que les facteurs qui contribuent à son déploiement afin de répondre à notre question de recherche.

Cependant, parmi les 10 modalités construites permettant de faire émerger les préférences, aucune ne nous a semblé inciter à forcer le choix. En effet, chacune d'elles renvoie à des activités essentielles de l'infirmière et correspond à ce qui lui est demandé comme nous l'avons vu lors de la présentation de la problématique.

Or, l'enjeu consiste ici à discriminer ces pratiques afin de mettre en évidence celles qui sont privilégiées par l'infirmière parmi l'ensemble de dix propositions qui toutes correspondent aux activités développées dans les pratiques. Autrement dit, si chacune de ces dix modalités est importante à déployer dans sa pratique, il s'agit de mettre en évidence au travers de ces dix modalités l'orientation que l'infirmière privilégie entre la « pratique de santé » et la « pratique de soins ».

Ainsi, créer une échelle de Lickert pour chacune de ces modalités ne permet pas de les discriminer car il est fort probable que les infirmières se positionnent vers le score le plus élevé pour chacune.

Pour parvenir à cette discrimination et en l'absence de modèle existant répondant à ce critère dans notre contexte, nous avons donc procédé par tâtonnements. Ainsi, lors du premier pré-test effectué à l'hôpital de Fribourg au service des urgences, deux possibilités ont été testées :

- « présenter tous les objets à la fois, et les faire ordonner totalement »,
- « présenter tous les objets à la fois, et les faire placer dans un ordre fixé de catégories ordonnées »²⁰⁹ avec des résultats insatisfaisants quant au type de résultats.

Puis, lors du pré-test au CHUV auprès de 10 professionnelles issues de différents services, une troisième variante a été testée : « présenter les objets un à un, et faire attribuer à chacun une note, ... » dont le total ne doit pas dépasser 14. Cette proposition s'est révélée trop compliquée et a présenté plusieurs erreurs de compréhension. Elle a donc été abandonnée.

Finalement, le dispositif suivant a été mis en place. Nous avons présenté les 10 questions, deux fois sur la même page et dans le même ordre en prenant soin de mélanger les orientations. Chaque question précédée d'une puce permettait d'y inscrire une croix.

²⁰⁹ GHIGLIONE, R., MATALON, B. (1998 1st ed 1977). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratiques*. Paris: Armand Colin. p. 129.

La consigne introductive de chacun des blocs appelait le choix de trois propositions parmi les dix (ni plus, ni moins).

Dans le premier bloc de 10 questions il s'agissait de trois propositions correspondant **le plus à la pratique** de l'infirmière interviewée²¹⁰ et dans le deuxième bloc, pour les mêmes 10 questions, il s'agissait de trois propositions correspondant **le moins à la pratique** de l'infirmière interviewée²¹¹.

Après chacun des blocs de questions, il est précisé : « *Merci de vérifier que vous avez coché exactement 3 propositions (ni plus, ni moins) !* »

Ainsi, pour connaître, parmi les 10 comportements professionnels proposés, quels étaient ceux jugés comme particulièrement importants dans la pratique, il a été nécessaire de présenter le questionnaire en insistant sur la comparaison entre les comportements proposés.

En effet les résultats auraient été vraisemblablement peu satisfaisants si nous avions proposé pour chaque comportement une grille d'évaluation : comme toutes les propositions correspondent à une attitude professionnelle a priori adéquate, on risquait de se trouver avec des résultats très proches d'une question à l'autre, les différences étant tout autant (voire plus) influencées par l'ordre des questions que par le point de vue des professionnelles interrogées.

Ainsi il a été proposé aux infirmières de choisir les trois comportements qui correspondaient le plus à sa pratique et les trois qui correspondaient le moins à sa pratique. Ce procédé, qui demande de sélectionner un nombre donné de propositions parmi une liste, est classique dans les analyses de préférence (IRIBANE, 2006).

Par conséquent, le fait de demander, sur dix « modalités », les trois propositions les plus satisfaisantes et les trois les moins appropriées force (impose) la comparaison et permet une assez bonne perception du point de vue de chacun. Le choix de demander la sélection de trois sur dix (deux fois) résulte de la recherche d'un compromis entre deux situations : En ne demandant qu'un ou deux choix, on risquait de mettre fréquemment les interviewés devant un dilemme désagréable. A l'opposé, si on autorisait plus de possibilités (cinq par exemple), cela encourageait à sélectionner les premières propositions lues comme relativement satisfaisantes sans qu'une vraie comparaison soit effectuée (en lisant préalablement toutes les propositions). En demandant une fois de sélectionner les propositions importantes, et une autre fois les propositions les moins importantes, on incite chacun à établir une comparaison particulièrement soignée. Ce point a été validé lors du pré-test auprès de quelque 15 personnes²¹².

Par ailleurs, les dix propositions ont été formulées de manière à cadrer rigoureusement avec la théorie de Nadot sans la déformer (chapitre 2). Ainsi nous avons dû introduire

²¹⁰ « Voici 10 propositions qui décrivent le comportement professionnel soignant. Parmi elles, cochez les 3 qui correspondent le plus à votre pratique »

²¹¹ « Voici 10 propositions qui décrivent le comportement professionnel soignant. Parmi elles, cochez les 3 qui correspondent le moins à votre pratique »

²¹² Chapitre 4. III – 2.2

une asymétrie puisque deux propositions correspondent au « *service rendu à l'institution* », deux autres au « *service rendu au corps médical* », mais trois sont liées au « *service rendu aux patients* », et enfin trois à la « *fonction d'intermédiaire culturelle* ».

Cependant, cette asymétrie (deux ou trois questions) ne pose pas de réel problème méthodologique dans la mesure où l'on a redressé adéquatement les résultats (ARDILLY, 1994).

4. II – 3.2.2 L'opérationnalisation des pratiques autoformatives

Nous présentons ci-dessous l'opérationnalisation des pratiques autoformatives par la construction de 7 variables qui rendent compte d'une approche en continu et in situ de la formation des infirmières aujourd'hui en référence aux approches de :

- l'apprendre tout-au-long de la vie,
- l'étude exploratoire²¹³

Nous avons posé l'hypothèse que l'agentivité de l'infirmière centrée sur une « pratique de santé », soit l'autonomie de la pratique infirmière, se développe au travers des pratiques autoformatives qui contribuent ainsi à des pratiques orientées vers la santé. En effet, identifié comme un comportement relevant de l'autonomie (ALBERO, 2000) au sens d'un agir selon sa propre loi et d'un pouvoir agir, les **pratiques autoformatives** des infirmières se développent ici au sein de leurs pratiques professionnelles et concourent à leur actualisation in situ et en continu.

Parmi les cinq directions présentées dans la galaxie de l'autoformation (CARRE, 1997)²¹⁴, deux directions nous intéressent particulièrement :

- la direction sociale, qui concerne « l'apprendre dans et par le groupe social »,
- la direction cognitive, qui concerne « l'apprendre à apprendre ».

L'apprendre dans et par le groupe social constitue une pratique prioritairement orale qui relève des aptitudes privilégiées des infirmières et possède à ce titre un potentiel formatif important. Cet apprentissage dans et par le groupe se situe dans des pratiques liées au partage et à l'observation des infirmières entre elles (PIGUET, 2002). Elles servent de référence à l'élaboration de deux variables²¹⁵.

Cependant, ce potentiel formatif nécessite que d'autres dimensions soient présentes afin d'assurer le passage entre des opinions, des représentations et un-savoir scientifique. Cette direction s'inscrit ainsi en complémentarité et de manière indissociable avec une approche méta cognitive.

²¹³ Annexe 3.

²¹⁴ CARRE in CARRE, P., MOISAN, A., POISSON, D. (1997). *L'autoformation*. Paris: PUF. p. 19.

²¹⁵ Dans ma pratique professionnelle de soignant(e), j'approfondis les questions et problématiques que je rencontre :

n° 90. ... en partageant ma réflexion avec mes collègues,

n° 96. ... en observant les bonnes pratiques de mes collègues.

L'apprendre à apprendre, dans son orientation cognitive, concerne l'autodirection de son apprentissage. Celle-ci comprend deux dimensions différentes : l'autodétermination d'une part et l'autorégulation d'autre part. Comme nous l'avons précisé au chapitre 2, nous souhaitons plus particulièrement identifier l'autorégulation de l'infirmière face à son apprentissage, c'est-à-dire sa capacité à « contrôler » par elle-même son activité afin d'apprendre in situ dans le domaine cognitif (traitement de l'information, analyse, synthèse, ...). Les 5 autres variables sont élaborées dans cette perspective²¹⁶.

Ces variables seront traitées d'un point de vue statistique à la fois indépendamment les unes des autres et dans leur ensemble. Ces 7 propositions correspondent alors à 7 modalités d'une seule variable rendant compte de « pratiques autoformatives » dans leur ensemble. Dans ce dernier cas, l'alpha de Cronbach²¹⁷ (0.68²¹⁸) permet d'envisager les résultats de manière fiable. En effet, bien que la limite se situe à 0.70, certaines échelles publiées se contentent de 0.65. De plus, le double traitement (variable prise indépendamment et dans leur ensemble) offre un certain contrôle.

Autrement dit, Nous chercherons ainsi à identifier quel est le sentiment d'efficacité personnelle et collective de l'infirmière en regard de ses pratiques autoformatives telles que présentées ci-dessus. Nous le ferons en regard de l'ensemble des sept variables correspondant aux pratiques autoformatives et plus particulièrement en regard de chacune d'elles.

4. II – 4 Une vision synthétique de la construction du questionnaire

Afin de faciliter l'accès à la construction et la lecture du questionnaire, nous présentons ci-dessous, pour clore cette deuxième partie du chapitre relatif aux orientations méthodologiques, une synthèse et une figure qui la résume.

Un questionnaire composé de 96 questions fermées a été construites avec 5 grands groupes de variables placés ci-dessous dans l'ordre de leur présentation aux interviewées :

- socioprofessionnelles (16 questions)
- sentiment d'efficacité personnelle (10 questions) et collective (10 questions)
- pratiques professionnelles infirmières (10 énoncés repris 4 fois)
- attitude face à la formation (13 questions)
- pratiques autoformatives (7 questions).

²¹⁶ Dans ma pratique professionnelle de soignant(e), j'approfondis les questions et problématiques que je rencontre:

n° 91. ... en cherchant des réponses dans la littérature professionnelle,

n° 92. ... en cherchant un interlocuteur qui m'aide à analyser la situation et à en saisir la complexité,

n° 93. ... en faisant appel à un expert,

n° 94. ... en prenant le temps pour m'approprier de nouveaux savoirs,

n° 95. ... en utilisant de nouvelles connaissances dans ma pratique.

²¹⁷ Il s'agit du coefficient indiquant le degré d'homogénéité entre les éléments obtenus avec un instrument de mesure donné. L'homogénéité se mesure globalement par le niveau moyen des corrélations entre items. Plus le coefficient est proche de 1, plus l'instrument est regardé comme fidèle. FORTIN, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Education. p. 464.

²¹⁸ Annexe 11.

Le groupe de variables socioprofessionnelles permet de situer les professionnelles dans leur identité, leur fonction, leur activité professionnelle, leur formation initiale et continue. Il est centré principalement sur des faits existants.

Le groupe de variables relatif aux pratiques professionnelles des infirmières : « **pratique de santé** » et « **pratique de soins** » permet d'identifier la manière dont ces professionnelles se positionnent dans leur rôle au travers du choix des comportements qui correspondent le plus et le moins à leur pratique professionnelle. Les énoncés de ces comportements sont construits à partir du modèle de « médiologie de la santé » (NADOT, 2002a).

Le groupe de variables concernant le sentiment d'efficacité permet d'identifier la manière dont chaque soignante perçoit d'une part son auto-efficacité dans son contexte professionnel et, d'autre part, l'auto-efficacité de l'équipe infirmière dans laquelle elle travaille, toujours dans ce même contexte professionnel. Les critères utilisés ont été empruntés à Follenfant & Meyer (CARRE, P. CHARBONNIER, O., 2003). L'identification concernant l'efficacité collective s'est faite en transformant les questions de « je » en « nous ».

Le groupe de variables concernant l'attitude face à la formation cherche à identifier les croyances de contrôle de l'infirmière sur sa formation (interne et externe). Les variables ont été empruntées telles quelles à Follenfant & Meyer. (CARRE, P. CHARBONNIER, O., 2003)

Le groupe de variables concernant les pratiques autoformatives explore la régulation de leur formation par les infirmières au travers de la nature de leurs pratiques dans ce domaine in situ et en continu. Les variables ont été construites par nous-mêmes sur la base de l'étude exploratoire²¹⁹ et de notre expérience. Le test de l'alpha de Cronbach²²⁰ (0.68) situe l'homogénéité de ce groupe et permet d'envisager son traitement statistique.

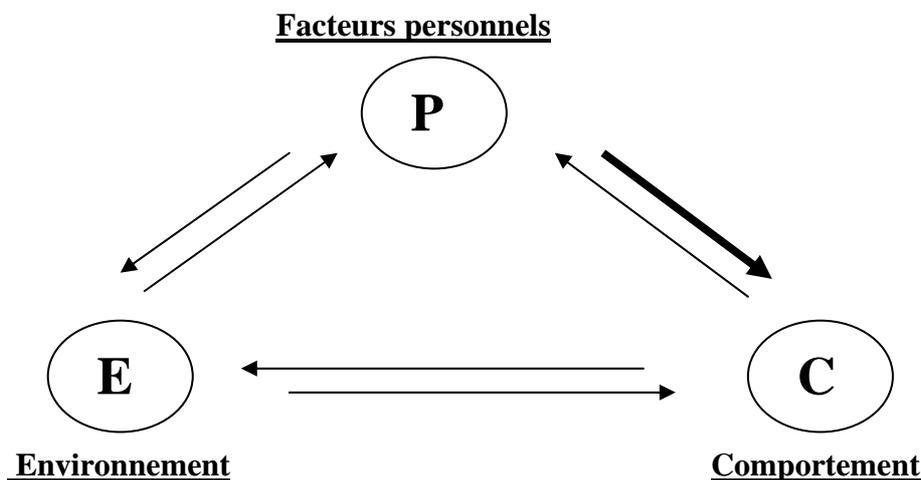
La figure suivante présente la synthèse du modèle qui a servi à la construction du questionnaire et qui servira à l'analyse des données qui seront produites.

²¹⁹ Annexe 3.

²²⁰ Annexe 11.

Figure 7- Modèle de relation triadique réciproque des principaux facteurs de l'agentivité professionnelle de l'infirmière

Sentiment d'efficacité personnelle ²²¹ (SEP)	-> 10 variables (FOLLENFANT, A., MEYER, T., 2003)
Sentiment d'efficacité collective ²²² (SEC)	-> (idem SEP libellées à la 1 ^{ère} personne du pluriel)
Contrôle ²²³ par l'infirmière de sa formation	-> 13 variables (FOLLENFANT, A., MEYER, T., 2003)
Données socioprofessionnelles ²²⁴	-> 15 variables construites



CHU ²²⁵
-> 1951 infirmières
-> 7 départements
-> 52 unités
-> 3 jours de formation continue par an

Pratiques professionnelles individuelles ²²⁶
-> 10 variables construites sur le modèle de Nadot
Pratiques professionnelles collectives
-> idem ci-dessus libellées à la 1 ^{ère} pers. du pluriel
Pratiques autoformatives ²²⁷
-> 7 variables construites

Ainsi, en fonction du premier volet de notre hypothèse selon *lequel les facteurs personnels de l'infirmière (son sentiment d'efficacité, personnelle et collective, ainsi que son contrôle sur sa formation), contribuent à une agentivité centrée sur une « pratique de santé » telle qu'attendue au travers de la réorientation introduite depuis 1992 dans les formations*, nous allons effectuer les traitements consistant à rechercher l'influence des facteurs personnels de l'infirmière sur ses comportements (flèche en gras).

²²¹ « Le sentiment d'efficacité (SEP) concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités» (BANDURA, 2003) p. 12.

²²² « Le sentiment d'efficacité collective (SEC) concerne « la croyance qu'ont les gens de pouvoir produire collectivement des effets... » (BANDURA, 2003) p. 18.

²²³ Soit la croyance relative au lieu (locus) de causalité de résultats (interne ou externe à l'individu) (ROTTER, 1966)

²²⁴ Celles-ci explorent : la fonction, la durée de travail dans le service et dans la fonction, l'année de diplôme, l'âge, le sexe, l'activité dans une association professionnelle, le temps passé en formation, la projection d'une formation.

²²⁵ CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois en Suisse.

²²⁶ Selon le modèle de *médiologie de la santé* (NADOT, 2002a) qui définit la pratique de l'infirmière par un « service rendu » à trois cultures : l'institution, le corps médical et la personne soignée et une « fonction d'intermédiaire culturelle » entre elles.

²²⁷ Conduite de l'action et de l'apprentissage du sujet par lui-même qui renvoie à l'autodirection et comprend les dimensions d'autodétermination (intentionnalité de l'action) et d'autorégulation (évaluation et pilotage de l'action) (CARRE, P., MOISAN, A., 2002).

En regard du second volet de notre hypothèse selon lequel l'approche autoformative, introduite dans la formation professionnelle initiale des infirmières lors de la réorientation opérée, contribue à développer une « pratique de santé », nous allons rechercher les facteurs personnels des professionnelles qui présentent des pratiques autoformatives différentes de celles de l'ensemble de notre échantillon.

4. III – Le dispositif de la recherche empirique

La troisième et dernière partie de ce chapitre concerne le dispositif de réalisation de l'enquête au CHUV. Elle présente les acteurs de ce dispositif et précise l'organisation et les étapes de son déroulement, ainsi que les conditions et les défis d'un tel projet.

Un tableau synoptique présente ces étapes en regard des acteurs concernés. Il permet de mesurer l'ampleur du projet qui s'étend de février 2003 à mai 2008.

4. III – 1 Une étroite collaboration entre de nombreux acteurs

La partie empirique de cette recherche a été construite, depuis février 2003, en étroite collaboration avec la direction générale des soins et plus particulièrement avec une commission de recherche la représentant. Celle-ci est composée du directeur adjoint des soins, du responsable du service de la formation continue du CHUV et de l'un de ses enseignants responsable d'un projet d'intégration du nouveau personnel.

L'ensemble du projet de recherche a été présenté en mars 2005 au collège de direction des soins, c'est-à-dire à la direction générale des soins ainsi qu'à tous les directeurs de soins des départements concernés, qui ont validé formellement celui-ci en avril 2005.

Les différents acteurs et partenaires de ce dispositif sont présentés dans l'ordre chronologique de leur implication.

4. III – 1.1 La directrice des soins du CHUV

Elle a marqué son intérêt pour ce projet de recherche dès le départ. Celui-ci s'inscrit en particulier dans l'un des 7 choix du plan stratégique 2004-2008 de la direction des soins qui se déploie dans le cadre des attentes de l'institution des Hospices-CHUV : « modifier le rôle professionnel au travers du travail interdisciplinaire et de la pratique de la recherche »²²⁸.

Elle a d'une part recommandé ce projet à la commission de recherche et l'a d'autre part soutenu et accompagné dans ses différentes étapes face au collège de direction et face aux responsables de service. Elle a enfin signé la lettre d'accompagnement du questionnaire²²⁹ envoyée à chacune des infirmières.

²²⁸ http://files.chuv.ch/internet-docs/dsi/dsi_plan_strategique.pdf, p. 8 [en ligne]. Consulté le 6.03.2008.

²²⁹ Annexe 8.

4. III – 1.2 La commission de recherche

Cette commission a mis à disposition les conditions de réalisation de la recherche empirique. Elle a organisé les différentes étapes et notamment l'étude exploratoire, le pré-test et les présentations au collège de direction.

Elle a également organisé et préparé la diffusion sur le plan logistique et financier selon une procédure préparée en commun entre la commission de recherche et nous-même²³⁰.

Elle a enfin mis à disposition les informations complémentaires relatives à la population (soit celle correspondant à l'ensemble des 1951 questionnaires distribués) pour réaliser les tests de représentativité.

4. III – 1.3 Le collège de direction²³¹

Le collège de direction a validé le projet après une présentation écrite et orale de celui-ci. Cette validation assure un certain soutien auprès de leurs équipes et doit permettre d'obtenir un maximum de données.

4. III – 1.4 Le colloque des cadres²³²

Le colloque des cadres a reçu une information orale précédant la diffusion. A cette occasion, le projet ainsi que la procédure de diffusion du questionnaire a été présenté à l'ensemble des ICS et ICUS du CHUV avec une demande de collaboration de leur part.

Les membres du colloque des cadres ont reçu deux supports écrits : le document PowerPoint²³³ de la présentation accompagné d'un document d'une page résumant la procédure²³⁴. Par ailleurs, ils ont été informés de notre disponibilité (courrier électronique) pour répondre à toute question de clarification concernant la diffusion.

4. III – 2 Les étapes du dispositif

Les différentes étapes de ce processus concernent les contacts préalables, les pré-tests, la diffusion du questionnaire et son suivi.

4. III – 2.1 Les contacts préalables et la validation de la démarche

Les contacts préalables ont permis de développer un processus de co-construction de notre projet. En effet, si la question à l'origine d'un projet de recherche en thèse appartient au doctorant-chercheur, la conduite de sa recherche empirique doit être construite avec les partenaires de terrain faute de quoi le projet ne peut se développer, ou alors il ne correspondra pas au contexte sociologique et introduira plusieurs biais.

²³⁰ A savoir : la liste des professionnelles concernées, les photocopies du questionnaire et sa mise sous pli munie d'une enveloppe de retour adressée à notre nom à remettre par le courrier interne (adressage nominal, distribution dans les unités des professionnelles dans leur casier courrier)

²³¹ Comprend l'ensemble des directeurs de soins des 7 départements et les membres de la direction générale des soins.

²³² Comprend l'ensemble des responsables de service (ICS) et d'unité (ICUS) qui se réunissent sur convocation de la direction une fois par mois.

²³³ Annexe 9.

²³⁴ Annexe 10.

Par conséquent, une réelle collaboration va permettre d'assurer les meilleures conditions possibles du recueil de données nombreuses et valides. Autrement dit, elle va influencer l'implication de la population ciblée.

La prise de contact initiale avec la directrice des soins s'est faite très tôt dès 2003. Elle a été suivie de rencontres régulières avec la commission de recherche du CHUV, simultanément à la construction de la problématique et de son cadre théorique ainsi qu'à la recherche documentaire.

L'ensemble de ces contacts ont permis de réaliser les différentes étapes de la recherche empirique menant à la diffusion d'un questionnaire en respectant les contraintes institutionnelles et celles de la recherche.

4. III – 2.2 Les Pré-tests

Un pré-test conduit par nous-mêmes a été réalisé au CHUV en mai 2005 auprès de 10 infirmières issues de services différents.

Il a comporté :

1. Un premier temps de passation du questionnaire, tous ensembles dans la même salle. Ce temps a été suivi d'un échange sur chacune des questions afin de mettre en évidence les imprécisions, les formules qui prêtaient à confusion, les aspects compliqués.
2. Un deuxième temps a permis d'adapter le vocabulaire afin qu'il corresponde au mieux à une interprétation commune des libellés.
3. Un troisième temps portait sur l'approche globale du questionnaire, le temps de réalisation, les difficultés et facilités pour y entrer, le recueil de suggestions.

Ce pré-test a été précédé et suivi par plusieurs tests à distance auprès d'une quinzaine d'infirmières du service des urgences à l'hôpital cantonal de Fribourg par l'intermédiaire de sa responsable. Ceux-ci ont servi à construire par tâtonnements dans un premier temps puis à vérifier dans un second temps la manière de questionner les pratiques professionnelles afin de faire émerger les pratiques privilégiées.

Ainsi, la collaboration avec un autre lieu de pratique permettait une mise à distance de cette phase par tâtonnements. En effet, celle-ci pouvait être ressentie comme peu académique par les professionnelles qui recevraient le questionnaire dans sa version définitive, ce qui risquait de l'invalider à leurs yeux et de ce fait le traiter par là-même de manière moins rigoureuse. Par ailleurs, la souplesse et la disponibilité que la responsable du service des urgences de l'hôpital cantonal de Fribourg permettait, sur la base d'une collaboration de recherche antérieure (PIGUET, 2002), une progression plus rapide de la construction de notre questionnaire tout en garantissant une approche rigoureuse de ces pré-tests.

4. III – 2.3 La présentation et la diffusion du questionnaire

La diffusion a concerné les infirmières diplômées de l'ensemble des services du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois²³⁵ (CHUV) travaillant auprès des patients, soit mille neuf cent cinquante et une professionnelles.

Le questionnaire a ainsi été distribué dans 52 unités de base différentes qui comptent chacune entre 2 et 137 infirmières.

Ces unités relèvent de soins aigus (soins intensifs), de soins chroniques (gériatrie), de soins spécialisés (soins palliatifs), auprès de nouveau-nés, d'enfants, d'adultes et de personnes du 3^e et 4^e âge dans les domaines de la médecine, de la chirurgie et de la psychiatrie.

Ces 52 unités sont réparties dans 7 départements organisés par disciplines médicales (médecine, chirurgie et anesthésiologie, gynécologie-obstétrique et génétique, médico-chirurgical de pédiatrie, radiologie, des centres interdisciplinaires et logistique médicale, psychiatrie).

Chaque département est dirigé par trois directeurs, un administratif, un médical et un infirmier. Il comprend un certain nombre de services sous la responsabilité d'un infirmier-chef de service (ICS) qui gère l'ensemble en collaboration avec des infirmiers-chefs d'unité de base (ICUS).

La diffusion a été réalisée à mi-juillet 2005 avec la collaboration de l'ensemble des responsables de service du CHUV. Ces derniers ont reçu :

- une procédure écrite début juillet 2005²³⁶,
- une présentation orale lors du colloque des cadres le 7 juillet 2005 (support PowerPoint distribué à chacun en version papier et informatique²³⁷).

Le contact direct entre responsables de service et chercheur, introduit et soutenu formellement par la directrice des soins du CHUV, a permis de clarifier la démarche et ses enjeux et de favoriser l'engagement visant à recueillir le plus de questionnaires possibles.

Au vu de la période estivale dans laquelle le questionnaire a été diffusé, trois semaines de délai ont été proposées avec la possibilité de répondre jusqu'au 20 août 2005 pour ceux et celles qui étaient en vacances. En réalité, nous avons traité tous les questionnaires retournés jusqu'au 30 août 2005 soit tous ceux qui ont été retournés.

Un courrier adressé nommément à chaque professionnelle dans son unité contenait :

²³⁵ Annexe 5.

²³⁶ Annexe 10.

²³⁷ Annexe 9.

- le *questionnaire*²³⁸ (4 pages recto verso) précédé d'une *page de présentation* de la marche à suivre, des garanties de confidentialité et de l'information quant aux résultats et à son délai,
- une *lettre d'accompagnement*²³⁹ signée par la directrice des soins, présentant et soutenant cette démarche,
- une *enveloppe réponse pré-adressée* au nom du chercheur permettait à chacun de retourner le questionnaire sous pli par courrier interne au secrétariat de la direction.

Quinze jours après le délai de retour demandé, soit le 30 août 2005, neuf cent soixante cinq questionnaires ont été renvoyés, soit 49.46 % de l'ensemble des questionnaires distribués²⁴⁰.

Le dépouillement et la saisie de chaque questionnaire (n=965) ont été organisés par le chercheur hors du CHUV²⁴¹ au moyen du logiciel « Sphinx » (SPHINX, 2003a, 2003b).

Ce logiciel, utilisé par le CHUV, connu à l'Université Paris X-Nanterre et largement diffusé, nous a semblé pertinent à ce moment là. S'il a très bien rempli ses fonctions pour la construction du questionnaire et la saisie des réponses, il a présenté toutefois des limites pour certains traitements statistiques (régression, comparaison de moyennes) qui ont du être réalisés à l'aide d'autres logiciels (SPS, matlab et stata).

4. III – 2.4 La transmission des résultats

Cette étape constitue un moment important à nos yeux car elle permet d'une part de rendre aux professionnelles une vision globale correspondant à leur implication et d'autre part d'assurer le premier pas vers le transfert de ces résultats en mettant les acteurs du terrain, soit les plus concernés, en contact direct avec la recherche.

Comme la recherche correspond à une logique totalement différente de la pratique en ce qui concerne le rapport au temps, cette étape permet de mettre en évidence l'ensemble du parcours et sa cohérence. Elle ouvre ainsi à une autre perspective que les professionnelles devraient pouvoir envisager dans leur pratique, celle de la complémentarité des démarches, pratique et recherche, et la prise en compte du moyen et long terme dans le développement de l'autonomie professionnelle.

Les premiers résultats ont été présentés au collège de direction en juin 2006. Dès l'automne 2007, en collaboration avec la commission de recherche, et comme annoncé dans la page introductive du questionnaire²⁴², les résultats de l'ensemble de la recherche seront communiqués au collège de direction puis à tous les collaborateurs ayant participé qui sont intéressés.

Un tableau synoptique met en évidence les différentes étapes du dispositif dans le temps.

²³⁸ Annexe 7.

²³⁹ Annexe 8.

²⁴⁰ Annexe 5.

²⁴¹ Annexe 12.

²⁴² Annexe 7.

Tableau 6 - Les étapes du dispositif de recherche empirique

PLANNING	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ETAPES						
Contacts préalables						
Directrice des soins	24.02 04.04					
Directeur-adjoint des soins	25.04 02.06	17.06				
Commission de recherche		12.05 24.11	03.05 14.06	15.02	10.05	
Collège de direction			10.03			
Etude exploratoire	06 - 08					
Validation projet			04			
Préparation du questionnaire						
Pré-test Hôpital cantonal de Fribourg			03 - 05			
Pré-test au CHUV			24.05			
Présentation du questionnaire						
Colloque des cadres			07.07			
Diffusion du questionnaire			11.07			
Réception du questionnaire			30.08			
Dépouillement			08 - 09			
Analyse et traitement statistique			10.2005 - 02.2007			
Transmission des 1^{ers} résultats						
Collège de direction				08.06		
Transmission des résultats						
Collège de direction						15.05
Professionnelles intéressées						01 - 12

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Chapitre 5 – L’agentivité de l’infirmière hospitalière centrée sur une « pratique de santé »

Ce cinquième chapitre introduit l’analyse statistique de notre enquête et met en lumière les caractéristiques de l’agentivité de l’infirmière centrée sur une « pratique de santé » à partir des résultats statistiques.

La première partie (5. I) présente, après avoir rappelé la problématique, l’organisation des résultats, les traitements effectués et la procédure d’analyse des données recueillies. Elle précise les choix effectués entre l’ensemble des données recueillies et celles qui ont été traitées. Une analyse descriptive de l’échantillon permet de relever les principales caractéristiques socioprofessionnelles. Une comparaison statistique (khi2) effectuée entre la population ciblée (n=1951) et notre échantillon (n=841) rend compte de leur correspondance.

La deuxième partie (5. II) présente les dimensions privilégiées de la pratique professionnelle pour l’ensemble de l’échantillon ainsi que les relations entre chacune d’elles.

La troisième partie (5. III) présente les caractéristiques d’une « pratique de santé ». Ainsi, la fonction des professionnelles privilégiant une « pratique de santé », leur insertion professionnelle et leur engagement vis-à-vis de la formation sont explorés. L’approfondissement de l’analyse permet d’identifier les facteurs favorisant une « pratique de santé ».

L’analyse concernant la « pratique de soins » sert de référence à l’interprétation. Elle est disponible en annexe.

5. I – Présentation des résultats

Au vu du grand nombre de données, nous avons choisi de ne pas exploiter les données relatives à la manière dont les infirmières perçoivent les pratiques privilégiées de leur équipe soignante. En effet, celles-ci auraient élargi le champ de la recherche à la question des représentations qui, bien que passionnante, nous aurait entraînée trop loin. Ces données pourraient faire l’objet d’une exploitation ultérieure.

Nous présentons ci-après la manière dont nous avons traité l’ensemble des données à partir de la problématique.

5. I – 1 Introduction à l'analyse statistique

La présente introduction à l'analyse statistique précise, à partir de la problématique, de la question de recherche et de l'hypothèse posée, la manière d'organiser les résultats ainsi que les traitements statistiques effectués pour y répondre.

5. I – 1. 1 Rappel de la problématique

L'objet de notre recherche concerne la réorientation des pratiques professionnelles infirmières qui, rejoignant la spécificité de celles-ci (une pratique centrée sur la santé), légitime et ouvre la voie à une autonomie professionnelle. Les difficultés de mise en œuvre d'une telle pratique, pourtant réorientée dans les formations initiales et continues des infirmières, pose la question des facteurs qui contribuent à son développement auprès des patients.

La mise en évidence de deux orientations différentes et en tension au sein de la pratique des infirmières, nous amène à distinguer formellement celles-ci au travers d'une « pratique de santé » centrée sur le patient et sa définition de la santé (rôle autonome) et d'une « pratique de soins » centrée sur les soins au patient et leur organisation selon les objectifs de santé de l'institution (rôle délégué).

La notion floue et difficilement saisissable de l'autonomie est définie ici comme la puissance personnelle d'agir (RICOEUR, 2004) de l'infirmière selon une « pratique de santé ». Des études préliminaires éclairées par une approche sociocognitive (BANDURA, 2003) amènent à choisir cette approche théorique et à poser l'hypothèse selon laquelle les « facteurs personnels de l'infirmière » (sentiment d'efficacité et locus de contrôle interne) contribuent à une agentivité professionnelle centrée sur une « pratique de santé ».

De sorte que l'autonomie infirmière, définie comme la puissance personnelle d'agir de l'infirmière dans son domaine spécifique (correspondant à cette pratique réorientée), est opérationnalisée au travers des pôles des facteurs personnels et des comportements (pratiques professionnelles et pratiques autoformatives).

Les résultats de cette enquête sont au centre des chapitres 5 et 6. La manière de les organiser et de les traiter est présentée ci-dessous.

5. I – 1. 2 Présentation de l'organisation des résultats et de leurs traitements statistiques

L'ensemble des résultats constitue un matériel important qui a été exploité en vue de répondre à notre question guidée par notre hypothèse.

Les résultats sont présentés ici selon les deux volets de notre hypothèse et forment les deux chapitres suivants :

- l'agentivité professionnelle de l'infirmière hospitalière centrée sur une « pratique de santé » (chapitre 5),
- la contribution des pratiques autoformatives à l'agentivité professionnelle de l'infirmière (chapitre 6).

L’analyse est conduite à partir des résultats significatifs issus de l’enquête. L’ensemble de ceux-ci se trouve placé en annexe de la thèse, dans un document tiré à part.

5. I – 1. 3 Présentation des traitements effectués

Après la saisie informatique de tous les questionnaires reçus, différents traitements ont été réalisés. Nous décrivons ci-après les tris effectués et selon quels critères ils l’ont été. Nous terminons par la présentation des traitements statistiques effectués.

5. I – 1. 3. 1 La présentation des questionnaires renvoyés

965 soignantes ont retourné leur questionnaire (49.46 %) dans les délais (soit fin août 2005). Deux questionnaires nous ont été transmis le 14 décembre 2005 (soit plus de 3 mois après le délai fixé) ; ces derniers n’ont pas été saisis et ne font pas partie de notre échantillon.

Parmi les 965 questionnaires retournés :

151 questionnaires n’ont pas été codés (15.65%) par unité de base (UB) et par département (Dpt).

5 ont été mal codés, c’est-à-dire que le code de l’unité de l’infirmière concernée n’est pas identifiable dans l’annuaire du CHUV. Ils sont mentionnés respectivement comme non codé (NO) et mal codé (MC).

10 ont été retournés sans la 1^{ère} page (qui a été arrachée), c’est-à-dire sans le code de leur unité.

91 questionnaires (0.94 %) ont été remplis partiellement pour les groupes de variables relatifs à la *pratique professionnelle* et au *sentiment d’efficacité*. Afin de ne pas biaiser les résultats, ils n’ont pas été pris en compte dans le traitement des données qui suit.

33 questionnaires ont été retournés vides (autrement dit 3.42% des professionnelles ayant renvoyé le questionnaire l’ont renvoyé vide) : 27 professionnelles en précisent la raison (ce qui était explicitement demandé sur la page introductive du questionnaire²⁴³). Parmi elles :

- 16 relèvent une absence prolongée (congé maternité et maladie) et ont été transmises par les responsables d’unité,
- 3 mentionnent l’absence de temps et de disponibilité,
- 1 indique clairement l’inutilité d’une telle démarche,
- 2 évoquent l’absence de garantie de l’anonymat,
- 5 ont arraché la 1^{ère} page qui indiquait outre les consignes relatives à ce questionnaire, l’UB de travail. Ce geste peut signifier soit le doute relatif à l’anonymat²⁴⁴ ou alors la volonté de conserver le descriptif des conditions de cette enquête.

Ainsi, en dehors des questionnaires retournés vides pour raison d’absence prolongée, ces commentaires concernent 11 professionnelles, soit 1.14% des questionnaires retournés (n=965), ce qui nous paraît peu significatif.

²⁴³ Annexe 7.

²⁴⁴ 15 observations mettent en doute explicitement l’anonymat

5. I – 1. 3. 2 Le tri des questionnaires selon l'unité de base et le département

L'identification du lieu de travail, soit l'unité de base (UB), communément nommée « service », et celle du département (Dpt) semblent pouvoir offrir une donnée supplémentaire intéressante dans la recherche des critères qui contribuent au développement de pratiques liées à la santé par les infirmières.

Ainsi, sur la première page du questionnaire, il était demandé d'inscrire le « service/unité » dans lequel la personne interrogée travaille. Cependant et bien qu'ayant effectivement relevé, pour chaque UB et chaque Dpt, le nombre de questionnaires diffusés, retournés et correctement complétés²⁴⁵, nous n'avons pas utilisé ces données.

En effet, d'une part 156 questionnaires n'ont pas, ou mal, été codés (soit 16.17% du total des questionnaires retournés) et, d'autre part, le rapport entre le nombre de réponses et le nombre d'UB (52) ne permettait pas un traitement valide de ces données. En effet, celles-ci se répartissent entre 1 à 36 personnes ayant répondu au questionnaire et 43 UB sur 52 ont un effectif d'infirmières inférieur ou égal à 25.

Nous avons donc choisi d'explorer les différents résultats sans distinguer les lieux de travail mentionnés.

5. I – 1. 3. 3 Le tri des questionnaires selon leur conformité aux consignes demandées

Les questionnaires dûment complétés (n=841) ont été définis en regard des variables relatives aux pratiques professionnelles infirmières ainsi que celles relatives au sentiment d'efficacité personnelle (SEP) et au sentiment d'efficacité collective (SEC).

De sorte que seuls les questionnaires répondant aux critères suivants ont été conservés pour l'analyse, soit n=841:

- le choix d'une seule modalité (parmi « tout-à-fait d'accord, plutôt d'accord, pas du tout d'accord ») pour chacune des questions concernant le SEP et d'une seule modalité de chacune des questions concernant le SEC,
- le choix de trois (ni plus, ni moins) des dix comportements proposés, pour chacun des deux blocs de dix questions (correspondants le plus et le moins à la pratique l'infirmière ; correspondant le plus et le moins à la pratique de l'équipe infirmière).

Ainsi, sur l'ensemble des questionnaires retournés (n=965), 91 questionnaires n'ont pas été remplis selon la consigne, soit pour les pratiques professionnelles, soit pour le sentiment d'efficacité et n'ont pas été conservés pour l'analyse. Ce qui représente moins de 10% du total des questionnaires retournés.

Toutes les autres questions (les données socioprofessionnelles, l'attitude face à la formation et les pratiques autoformatives) n'ont quant à elles, pas fait l'objet de ce tri.

²⁴⁵ Annexe 5.

Autrement dit, nous n'avons pas écarté de l'analyse les questionnaires dont les réponses manquaient pour ces variables. Cependant, lors de la présentation des résultats, le nombre de questionnaires remplis en regard de la question analysée est toujours indiqué.

5. I – 1. 3. 4 Définition de notre échantillon

Nous définissons les différents ensembles concernés par les traitements statistiques et leur analyse de la manière suivante :

La *population de référence de la recherche* correspond aux professionnelles infirmières concernées par la problématique de cette recherche : la réorientation de la pratique infirmière, soit l'ensemble des professionnelles (environ 5 millions) exerçant en Europe (Organisation Mondiale de la Santé & Bureau Régional pour l'Europe, 1999 version française).

La *population ciblée* correspond à l'ensemble des professionnelles du CHUV, soit les 1951 infirmières qui ont reçu le questionnaire.

L'*échantillon brut* correspond à toutes les professionnelles ayant retourné le questionnaire (complet, vide ou incomplet) dans les délais, soit n=965.

L'*échantillon final* correspond à toutes les professionnelles ayant renvoyé un questionnaire rempli selon les consignes demandées pour les variables relatives aux pratiques professionnelles et pour celles relatives au sentiment d'efficacité (personnelle et collective), soit n=841.

Si un retour de près de 50 % correspond à un « bon retour » compte tenu d'une diffusion réalisée dans de nombreuses unités par courrier, sans contact direct avec le chercheur et au seuil des vacances d'été, il ne peut toutefois être considéré a priori comme suffisant pour envisager une généralisation de ses résultats.

Par conséquent, et sans pouvoir effectuer un contrôle sur les non-réponses puisque le questionnaire a été réalisé anonymement, il a été nécessaire d'identifier les caractéristiques de la population cible pour vérifier la correspondance possible de celle-ci avec notre échantillon. La deuxième partie de ce cinquième chapitre présente les résultats de ces tests, effectués à partir des données socioprofessionnelles disponibles de la population ciblée dans une perspective de généralisation des résultats de l'échantillon (khi2)²⁴⁶.

5. I – 1. 3. 5 Les analyses statistiques effectuées

L'analyse a été effectuée en appliquant les méthodes statistiques classiques se rapportant aux relations bivariées et permettant de dégager le degré de dépendance linéaire entre deux variables concernées.

Les résultats présentés ci-après proviennent ainsi des **traitements statistiques suivants**²⁴⁷ :

²⁴⁶ Annexe 15.

²⁴⁷ Ceux-ci ont été réalisés pour l'analyse descriptive (effectif, fréquences), pour les tests d'indépendance, de comparaison de moyennes, de variance et de corrélation par le logiciel « Sphinx » (de la société le

- Les **effectifs et les fréquences** de *l'ensemble des données*.
- Le **test d'indépendance** (khi2) afin de mesurer les *relations de dépendance entre la population ciblée et l'échantillon, entre les variables socioprofessionnelles et la fonction, entre les variables socioprofessionnelles et la spécialisation*.
- L'**analyse de la variance** (test de Fisher) pour rechercher les moyennes par catégories significativement différentes de l'ensemble de l'échantillon (en général au seuil de 5%) entre les *variables socioprofessionnelles et les variables des groupes concernant la pratique professionnelle, le sentiment d'efficacité, le contrôle sur sa formation et les pratiques autoformatives*.
- La **comparaison de moyennes** entre la fonction, la spécialisation et le sentiment d'efficacité, le contrôle sur sa formation, les pratiques autoformatives, les pratiques professionnelles.
- Les **coefficients de corrélation** entre *toutes les variables des groupes relatifs aux pratiques professionnelles et autoformatives* ainsi qu'au *sentiment d'efficacité* et au *contrôle sur sa formation* permettant d'identifier le degré de relation existant entre elles.
- Une **analyse de régression linéaire**²⁴⁸ qui permet d'estimer la relation entre une série de variables indépendantes et une variable dépendante (continue) **et une analyse logistique ordonnée** qui permet d'estimer la relation entre une série de variables indépendantes et un groupe de variables dépendantes (discrètes).

La présentation de l'analyse porte sur notre question de recherche centrée sur la « pratique de santé » et les facteurs qui contribuent à son développement dans un contexte hospitalier. Ainsi, les analyses complémentaires qui se rapportent à une approche générale de la pratique professionnelle sont mentionnées dans le texte et présentées en annexe.

5. I – 2 Spécificité de certains traitements statistiques

La recherche des comportements professionnels privilégiés par les infirmières a nécessité une approche statistique particulière qui est présentée ici.

Ainsi pour l'analyse des résultats, quatre nouvelles variables ont été calculées sur la base des moyennes obtenues pour chacune des dimensions de la pratique infirmière selon le modèle de « médiologie de la santé » qui a été utilisé (NADOT, 2002a).

De sorte que, pour les 4 variables relatives « *au service rendu à l'institution* », il a été attribué aux variables cochées +0.5 point pour celles qui correspondaient le plus à la pratique de l'infirmière (Q n° 20 et 25), et -0,5 point pour celles qui correspondaient le

Sphinx développement, version 4.5). Pour les analyses de régression, ce sont les logiciels « MATLAB » (de la société The MathWorks, version 7.4) et « Stata » (de la société StataCorp, version 10) qui ont été utilisés. Ces logiciels de calcul scientifique demandent de paramétrer toutes les fonctions (la structure et l'organisation des paramètres ont été définies par le chercheur).

²⁴⁸ « On utilise classiquement la régression linéaire pour les variables numériques, d'autres types de régression pour les variables catégorisées (en particulier la régression logistique). » (LEBARON, 2006) p. 85. Dans le traitement par régression, chaque fois que nous augmentons une variable indépendante (variable explicative) d'une unité (régression linéaire) ou d'une catégorie (régression logistique ordonnée), le coefficient mesure l'effet estimé sur la variable dépendante (expliquée).

moins à la pratique de l’infirmière (Q n° 30 et 35). De la même manière en ce qui concerne le « *service rendu au corps médical* » (Q n° 19 et 22 – Q n° 29 et 32)²⁴⁹.

Pour les 6 variables relatives au « *service rendu au patient* », il a été attribué aux variables cochées +1/3 point si elles étaient considérées comme importantes (Q n° 18, 23 et 24), et -1/3 point si elles étaient au contraire considérées parmi les moins importantes (Q n° 28, 33 et 34). De la même manière en ce qui concerne la « *fonction d’intermédiaire culturelle* » (Q n° 17, 21 et 26 – Q n° 27, 31 et 36).

Ce procédé a l’avantage de répondre correctement aux deux situations particulières suivantes :

- 1) Si tous les questionnaires sont remplis de manière aléatoire (avec une répartition homogène de toutes les réponses possibles), les valeurs des variables calculées tendraient vers **zéro**.
- 2) Si tous les participants cochent les items correspondant à l’une des cultures (ou à la « fonction d’intermédiaire culturelle »), le score obtenu pour cette culture vaudrait **un** en cas d’un jugement systématiquement positif pour les comportements associés à cette culture (Q n° 17 à 26). Il vaudrait **moins un** en cas d’un jugement systématiquement négatif.

Ainsi, par exemple, si les questions 20 et 25 sont cochées une fois sur deux et que les questions 30 et 35 (les mêmes dans le négatif) sont systématiquement ignorées, on obtiendrait finalement un score de 0,5 pour la variable correspondant au « *service rendu à l’institution* ».

Mise en situation de choisir, c’est-à-dire de privilégier une pratique par rapport à une autre, l’infirmière interviewée nous semble placée dans une situation de tension (virtuelle puisque liée à un questionnaire) correspondant à sa réalité quotidienne. Il sera intéressant d’identifier, au-delà et avant celui du contenu du choix réalisé, le comportement adopté face à cette contrainte. Quel sera le degré de compliance vis-à-vis de cette contrainte ? Ceci constituera également une donnée intéressante en regard de la problématique de cette recherche.

Cependant, si les résultats de ce positionnement sont en eux-mêmes de précieux indicateurs, ce sont leur croisement (variance) avec les croyances des infirmières (SEP/SEC et attitude face à la formation) et l’influence du SEP et SEC (régression) qui vont mettre en évidence les pratiques privilégiées.

5. I – 3 Description de la population et de son échantillon

La description de la population ciblée et celle de son échantillon se présentent ci-après en deux temps. Premièrement, les caractéristiques des infirmières ayant répondu au questionnaire à partir des variables socioprofessionnelles sont précisées. Puis l’échantillon et la population ciblée sur la base des caractéristiques mises à disposition sont comparés.

²⁴⁹ Annexe 7 et point 4. II – 3. 2. 1.

Afin d'alléger la présentation, le détail de chacune des variables concernées et leur analyse se trouvent dans le document annexe et sont mentionnées au fur et à mesure.

5. I – 3. 1 Les caractéristiques socioprofessionnelles de l'échantillon

L'ensemble des 841 professionnelles ayant répondu de manière complète au questionnaire est présenté au moyen des 15 variables socioprofessionnelles permettant de les situer professionnellement et sociologiquement.

Nous présentons ici une synthèse de ces résultats qui fait ressortir les éléments saillants de cet échantillon. Le détail (tableaux, descriptions et analyse) se trouve en annexe²⁵⁰. A noter que, bien que peu usitée dans les publications scientifiques, l'utilisation de couleurs nous a semblé apporter une amélioration significative de la lisibilité des données.

Ainsi et de manière synthétique, il apparaît que notre échantillon est constitué pour un petit peu moins de la moitié de professionnelles jeunes (31.87% entre 20 et 30 ans et 30.08% entre 31 et 40 ans), formées selon les nouvelles orientations professionnelles et de formation (44.82%). Ce sont en grande majorité des femmes (83%).

Plus de la moitié de l'échantillon occupe une fonction d'infirmière diplômée (62.54%), le quart possède une spécialisation (25.45%), les cadres supérieurs et intermédiaires (ICS, ICUS et IE) correspondent à moins du dixième (8.37%), les « autre » et « non-réponses » forment le reste (3.21%).

Environ un tiers des professionnelles travaille depuis 3 à 10 ans dans le même service (34.36%) et la même fonction (33.53%). Le taux de travail se situe majoritairement entre 76 à 100% (80.26%).

Un peu plus d'un quart de professionnelles de notre échantillon est inscrit à une association professionnelle (27.23%) et parmi elles, un quart y est actif (24.89%).

Plus de la moitié des infirmières de l'échantillon (54.58%) a été formée en Suisse et parmi elles un tiers (34.12%) a réalisé un stage au CHUV durant sa formation initiale.

Un peu moins de la moitié de notre échantillon (48.16%) s'est formée « moins de 3 jours » lors des 12 derniers mois et plus de la moitié (56.12%) projette de se former au cours des 12 prochains mois.

Les années de diplôme s'étendent entre **1960 et 2005**. A noter que cette dernière année correspond uniquement aux professionnelles diplômées au printemps²⁵¹ puisque le questionnaire a été diffusé en juillet 2005.

En regard de la problématique liée à la réorientation de la pratique professionnelle au travers de sa formation en général et de sa formation initiale en particulier, il nous a semblé nécessaire de découper en **trois périodes** les 45 années concernées par notre

²⁵⁰ Annexe 14.

²⁵¹ Les formations débutent et se terminent deux fois par an : au printemps et en automne

échantillon. Nous présentons ici sous forme de synthèse le contexte correspondant à chacune d’elles.

De 1960 à 1985 :

236 professionnelles (28.06%) de notre échantillon ont obtenu leur diplôme entre 1960 et 1985.

A cette période, la formation était donnée par des médecins et calquée sur les connaissances médicales, les enseignantes étaient des « monitrices » infirmières qui donnaient des cours de pratique et « suivaient », c’est-à-dire qu’elles supervisaient, les « élèves infirmières » en stage.

Les formations post-diplômes orientées par les besoins des médecins se sont fortement développées (anesthésie, salle d’opération, soins intensifs, ...) alors que la formation en santé publique disparaît. Par ailleurs, une nouvelle formation voit le jour en 1967, celle d’infirmière assistante (IA). Formée et certifiée en 2 ans à la place de 3 ans pour les infirmières diplômées, cette nouvelle infirmière certifiée doit répondre à la demande accrue du vieillissement de la population et au développement des établissements médicaux-sociaux (EMS). Autrement dit, elle va prendre en charge les soins des activités de la vie quotidienne, assurés jusque-là par les infirmières diplômées, qui seront alors dissociés des soins dit « techniques ».

Par ailleurs, le « diagnostic infirmier », déjà largement présent en Amérique du Nord, fait son entrée dans les écoles. Bien que son objectif explicite vise à valoriser la pratique infirmière centrée sur le patient, le terme même, emprunté au domaine médical, ainsi que la lourdeur de sa mise en œuvre, ont renforcé le modèle médical et éloigné les infirmières d’une pratique centrée sur la santé.

Enfin, cette période correspond à une explosion des coûts de la médecine qui ont pu être absorbés, dans ce premier temps, avec très peu de contraintes et de répercussions sur l’organisation des services et le taux d’infirmières qui y travaillent.

De 1986 à 1995 :

223 professionnelles (26.51%) de notre échantillon ont obtenu leur diplôme entre 1986 et 1995.

A cette période, la formation évolue. Les cours ne sont plus dispensés par les médecins, les monitrices sont devenues des enseignantes qui se forment systématiquement en école de cadre avec des approches de sciences humaines où la pédagogie prend de plus en plus de place. Les formations post-diplômes et continues élargissent leur offre. C’est à cette période que la formation d’infirmière clinicienne voit le jour. Des formations visant la santé auprès de personnes âgées se développent également.

Cette période concerne les 10 ans qui ont précédé et participé à la mise en œuvre de la réorientation des pratiques professionnelles au niveau de la formation initiale. L’entrée en vigueur des nouvelles prescriptions de la Croix Rouge suisse (NPCRS) date du 1^{er} janvier 1992. Cette période correspond à la phase de transition de cette réorientation qui a duré environ 7 ans pendant lesquelles les travaux et réflexions relatifs à ces changements ont été régulièrement transmis et débattus. Le journal de la Croix Rouge

suisse a notamment relayé les informations de manière très suivie et documentée²⁵². Une vaste mise en consultation du projet de formation et de ses alternatives a été réalisée entre 1988 et 1989²⁵³. Enfin, les professionnelles de cette période ont pu être sollicitées pour faire partie de la construction de programmes puisque plusieurs sites de formation les ont élaborés en collaboration avec des groupes de professionnelles issues de la pratique.

Par ailleurs, les contraintes budgétaires font leur apparition et introduisent, entre autre, les premières restrictions de personnel infirmier.

De 1996 à 2005 :

377 professionnelles (44.82%) de notre échantillon ont obtenu leur diplôme entre 1996 et 2005. Ce qui signifie que l'effectif de la catégorie des jeunes diplômées formées selon la réorientation professionnelle est le plus important de l'échantillon.

A cette période, les premières infirmières formées selon les NPCRS commencent leur vie professionnelle, dans la pratique, comme diplômées. C'est pourquoi, nous choisissons cette date pour le début de ce troisième temps alors même que ces nouvelles formations ont débuté officiellement en 1992.

Ainsi, les professionnelles actives dès 1996 ont bénéficié d'une formation orientée vers la santé au travers d'un programme organisé à partir des concepts de santé (personne, santé, environnement et soins) au travers d'une approche pédagogique centrée sur leur apprentissage et le développement d'une approche réflexive.

Dès 2002, les enseignants des écoles sont devenus des « professeurs » en sciences infirmières et les lieux de formation des hautes écoles de santé, rattachées à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), placés à un niveau de formation tertiaire universitaire. La recherche en sciences infirmières commence à se développer en Suisse. Une sensibilisation s'y rapportant fait également partie de la formation initiale des étudiantes.

Parallèlement, au vu de l'augmentation des coûts de la maladie et des besoins des patients, les instances politiques mandatent les écoles de soins infirmiers non reconnues par la HES pour élaborer un programme de formation de niveau secondaire destiné à pallier à la fois les problèmes de débouché de formation et la demande en soins pour assister les infirmières moins nombreuses dans les services. Dès 2001, les assistantes en soins de santé communautaire (ASSC) sont présentes dans les services de soins alors qu'il aura fallu 15 ans pour « absorber » les infirmières-assistantes (IA), dont la formation s'est arrêtée en 1994, professionnelles dont le statut correspondait à celui des nouvelles ASSC. Plusieurs « formations passerelles » ont alors été élaborées pour permettre aux IA d'obtenir le titre d'infirmière diplômée afin de diminuer, voire

²⁵² Journal de la Croix-Rouge suisse paru entre 1988 et 1993 édité par la Croix-Rouge suisse (CRS) Domaine de la formation professionnelle à Berne.

²⁵³ Son refus a conduit la CRS à créer un groupe de travail regroupant des partenaires aux intérêts différents voire divergents (employeurs, politiciens, employés, syndicat – IA, psychiatrie, soins généraux, pédiatrie, EMS, enseignants, praticiens, ...).

supprimer, les difficultés liées à l’organisation des soins et à la collaboration au sein des services.

Ainsi, durant cette période, le modèle de santé adopté correspond à un modèle global de santé (BURY, 2001, 1st ed 1988) en ce qui concerne la formation des infirmières (structure et contenu). Alors que, simultanément, l’organisation du système de santé (devrait-on dire de soins ?), par l’introduction de cette nouvelle formation, maintient un modèle médical de santé. En effet, la distinction continue à se faire entre « soins dit de base » et « soins techniques complexes ».

En conclusion, nous pouvons ainsi relever que 71.33% des professionnelles de notre échantillon²⁵⁴ ont été en contact de manière directe ou indirecte avec l’élaboration de nouvelles prescriptions relatives à la formation et à l’exercice professionnel infirmier sur le plan suisse.

Par ailleurs, et comme nous l’avons mentionné lors de la présentation de la problématique, bien que nous présentions ici les éléments propres à la Suisse romande, cette réorientation touche, dans la même période, l’ensemble des professionnelles infirmières en Europe. C’est pourquoi nous pensons pertinent de considérer que l’ensemble de notre échantillon est concerné par cette réorientation et ceci malgré le pourcentage élevé d’infirmières d’origine étrangère (45.42%).

Afin d’identifier les éléments qui contribuent à la réorientation des pratiques infirmières, les résultats des analyses ont ainsi été envisagés selon ces trois périodes²⁵⁵.

5. I – 3. 2 L’échantillon selon la population cible

Afin de vérifier la correspondance entre l’échantillon présenté ci-dessus (n=841), à savoir les infirmières ayant répondu au questionnaire selon les consignes demandées, et la population cible, à savoir l’ensemble des infirmières travaillant au CHUV (n=1951) et ayant reçu le questionnaire, nous avons procédé à une comparaison des données disponibles (khi2) correspondant à la population cible (n=1951) et à notre échantillon (n=841)²⁵⁶.

Au vu des données mises à disposition par le CHUV, ces tests ont ainsi pu être effectués pour :

- la fonction,
- la spécialisation,
- le pourcentage de travail,
- le sexe,
- l’âge,
- l’appartenance à une association professionnelle.

²⁵⁴ Annexe 14.

²⁵⁵ 5 professionnelles n’ayant pas indiqué leur année de diplôme, les traitements ont été effectués sur un échantillon de n=836.

²⁵⁶ Annexe 15.

Ainsi, les résultats de ces tests de correspondance entre la population et notre échantillon permettent de considérer que l'échantillon n'est statistiquement pas différent de la population visée à l'exception de la variable « fonction ». En effet, le test khi2 montre que les populations (échantillon et population) diffèrent relativement à la variable fonction (khi2=38.4892,df=4, p-value=0.000000008)²⁵⁷.

L'analyse de l'échantillon par rapport à la population cible montre que les IS et les cadres intermédiaires ont un taux de réponses plus élevé que les ID. Ce constat peut être rapproché du SEP qui est nécessaire à agir, ici à répondre à un questionnaire concernant leur pratique professionnelle pour les infirmières. Le fait d'y répondre ou non souligne la manière pour chacune de percevoir son efficacité au travers de cette activité. Les résultats concernant le SEP selon la fonction met en évidence cette question.

Tableau 7 - Le sentiment d'efficacité personnelle selon la fonction

	Sentiment d'efficacité personnelle			
	Moyenne	Part	Effectif	t de student
Non réponse	35.00	0.7%	5	3.76
Infirmier/ère diplômé/e	29.43	61.5%	526	2.39
Infirmier/ère avec spécialisation	30.67	26.1%	214	2.43
Infirmier/ère enseignant/e	30.75	0.5%	4	0.54
Infirmier/ère-chef/fe d'unité de soins (ICUS)	30.76	5.6%	46	1.40
Infirmier/ère-chef/fe de service (ICS)	31.00	3.0%	24	1.30
Autre	30.73	2.7%	22	0.83
Total	29.94	100.0%	841	

p = <0.1% ; F = 5.13 (TS)
 Les modalités en bleu (rose) sont sur-évaluées (sous-évaluées)

Par ailleurs, en ce qui concerne les spécialisations, parmi les données concernant l'entier de la population (n=1951), seules celles de la spécialisation de clinicienne sont disponibles. Nous avons donc choisi de réaliser ce test de comparaison avec les spécialisations considérées dans leur ensemble.

Cependant, il est possible de supposer (sans que l'on puisse le vérifier) que les ID ayant répondu au questionnaire sont probablement celles qui, parmi l'ensemble des ID, présentent un SEP plus élevé. Par ailleurs, ce groupe ID représente plus de la moitié de notre échantillon (62.54%).

En résumé ...

L'analyse guidée par notre question relative à la recherche des principaux facteurs qui permettent à l'infirmière de développer une « pratique de santé » au sein d'un contexte hospitalier, est présentée au travers des deux volets de notre hypothèse, soit :

- *les facteurs personnels de l'infirmière (SEP, SEC et locus de contrôle interne) contribuent à une agentivité centrée sur une « pratique de santé » (chapitre 5),*

²⁵⁷ Annexe 15.

- *l’approche autoformative, introduite dans la formation initiale des infirmières lors de la réorientation professionnelle, contribue à développer une « pratique de santé » (chapitre 6).*

Les différents traitements statistiques effectués sont précisés en mentionnant les choix opérés. Le dispositif statistique permettant l’analyse des comportements professionnels privilégiés est explicité.

Une synthèse des caractéristiques socioprofessionnelles, dont l’ensemble des données se trouve dans le document annexe, présente l’échantillon.

Une comparaison (χ^2), entre les données relatives à cet échantillon et celles concernant la population, permet d’envisager la généralisation de l’ensemble des résultats sous certaines conditions.

5. II – Les pratiques professionnelles des infirmières hospitalières

Cette partie présente les résultats relatifs aux comportements des infirmières concernant leurs pratiques professionnelles. Elle cherche en particulier à identifier les dimensions de la pratique professionnelle, « pratique de santé » et « pratique de soins », qui sont privilégiées par l’ensemble des infirmières de notre échantillon et la relation entre chacune de ces dimensions selon le modèle de « médiologie de la santé » (NADOT, 2002a).

Ces pratiques professionnelles renvoient au pôle du comportement relatif au modèle de relation triadique réciproque (BANDURA, 2003). Les résultats concernant la « pratique de santé » sont ensuite analysés en regard des facteurs personnels des professionnelles ayant privilégié cette pratique.

La première partie présente les dimensions privilégiées de la pratique professionnelle de l’ensemble des infirmières selon le « modèle de médiologie de la santé » (NADOT, 1993).

Une deuxième partie précise les liens (corrélations) entre chacune des dimensions de la pratique professionnelle auprès de l’ensemble des professionnelles et selon leur fonction.

Une troisième partie fait émerger les caractéristiques socioprofessionnelles et les croyances impliquées dans le développement d’une « pratique de santé ».

5. II – 1 Les dimensions privilégiées de la pratique professionnelle

Nous répondons ici à la question de « *Qui, parmi l’ensemble des professionnelles ayant répondu au questionnaire, privilégie quelle dimension de la pratique professionnelle ?* ».

La réponse à cette question est abordée, pour l'ensemble des infirmières ayant obtenu leur diplôme entre 1960 et 2005, soit notre échantillon (n=841).

Nous présentons les résultats de la pratique professionnelle à partir du « modèle de médiologie de la santé » (soit pour chacun des « *services rendus* » et pour la « *fonction d'intermédiaire culturelle* ») selon le traitement précisé ci-dessus.

Comme nous l'avons exposé au chapitre 3, le modèle de « médiologie de la santé » (NADOT, 1993) présente la pratique infirmière au travers d'une « *fonction d'intermédiaire culturelle* » qui assure les activités de coordination, de médiation et de communication entre trois cultures auxquelles l'infirmière « *rend service* » : *l'institution, le corps médical et la personne soignée ou patient.*

La transposition adoptée permet de mettre en évidence deux postures : celle d'une pratique centrée sur le patient et sur sa santé (au travers des modalités proposées), soit une « pratique de santé » et celle d'une pratique centrée sur un service rendu à trois ensembles culturels au travers de la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » ainsi qu'à deux de ses trois cultures (institution et corps médical), soit une « pratique de soins ».

Ainsi, le « *service rendu au patient* » sera traduit par une « **pratique de santé** » et le « *service rendu à l'institution* », le « *service rendu au corps médical* » ainsi que la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » seront traduits par une « **pratique de soins** ». ²⁵⁸
Cependant et afin de rester le plus proche des « données sources », nous présentons systématiquement les résultats de chacune des dimensions selon le modèle de « médiologie de la santé ».

Ainsi, une première partie permet de situer les quatre dimensions de la pratique professionnelle de l'ensemble de notre échantillon. Puis nous cherchons à identifier les dimensions de la pratique professionnelle privilégiées en regard de la fonction des professionnelles et en regard de leur spécialisation.

Enfin, en forme de synthèse, un tableau synoptique présente l'ensemble de ces résultats.

5. II – 1. 1 Les pratiques professionnelles de l'ensemble de l'échantillon

Un premier tableau présente pour l'ensemble de l'échantillon les résultats relatifs à chacun des éléments de la pratique selon le modèle de « médiologie de la santé » (NADOT, 2002a).

Ces résultats sont présentés par les moyennes, l'écart type, les valeurs minimum et maximum, et la médiane pour chacune des dimensions de la pratique. Par ailleurs, un redressement ²⁵⁹ de ces quatre modalités (ARDILLY, 1994) permettra de les comparer ²⁶⁰, en seconde partie de cette deuxième partie du présent chapitre.

²⁵⁸ Tableau 5.

²⁵⁹ Voir chapitre 4.

²⁶⁰ Chapitre 5. II – 2.

Tableau 8 – Les dimensions privilégiées de la pratique professionnelle de l’échantillon selon le modèle de « médiologie de la santé »²⁶¹

	Moyenne	Ecart type	Min	Max	Médiane	Effectif
"service rendu à l'institution"	-0.14	0.54	-1.00	1.00	0.00	841.00
"service rendu au corps médical"	0.25	0.46	-1.00	1.00	0.50	841.00
"service rendu au patient"	-0.19	0.46	-1.00	1.00	-0.33	841.00
"fonction d'intermédiaire culturelle"	0.12	0.40	-1.00	1.00	0.00	841.00

Le score relatif au « *service rendu au corps médical* » apparaît le plus élevé alors que celui du « *service rendu au patient* » est le moins élevé. Ce résultat semble aller dans le sens de la mise en évidence de la logique dominante d’un modèle médical dans le contexte hospitalier de notre recherche et donc de la « pratique de soins » des infirmières qui y correspond.

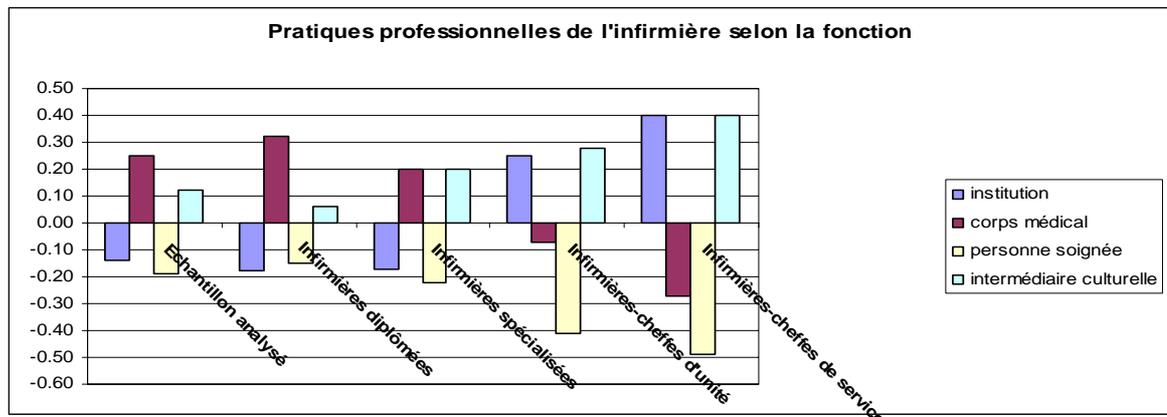
Il est également intéressant de relever que la « *fonction d’intermédiaire culturelle* » apparaît au travers d’un score positif alors que le « *service rendu à l’institution* » l’est au travers d’un score négatif.

Ainsi et à première vue, le « *service rendu au corps médical* » et la « *fonction d’intermédiaire culturelle* » sont les pratiques privilégiées par l’ensemble des professionnelles de notre échantillon. Or, ces deux dimensions de la pratique correspondent à une attente forte de l’institution.

Par ailleurs, si l’on prend en compte que la « *fonction d’intermédiaire culturelle* » se situe entre les différentes cultures et les comprend, celle-ci apparaît plus complexe dans son déploiement que chacune d’elles prise séparément.

En complément de la présentation des résultats de chacune des dimensions propre à l’ensemble de l’échantillon, nous présentons une vision de synthèse de celles-ci pour chacune des fonctions²⁶² (tableau 9) et pour chacune des spécialisations²⁶³ (tableau 10).

Tableau 9 – Les dimensions de la pratique professionnelle privilégiées selon la fonction de l’infirmière

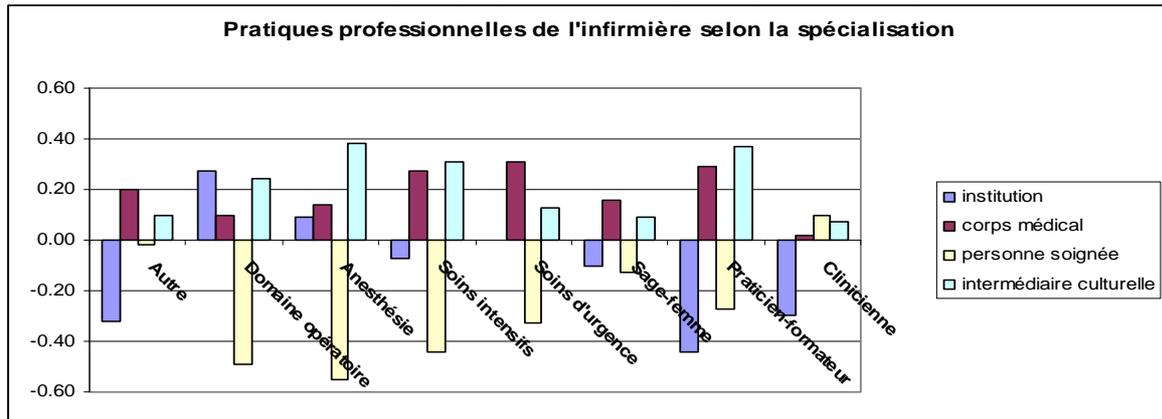


²⁶¹ Détail de chacune des dimensions : annexe 16.

²⁶² Détail de chacune des fonctions : annexe 17.

²⁶³ Détail de chacune des spécialisations : annexe 18.

Tableau 10 - Les dimensions de la pratique professionnelle privilégiées selon la spécialisation



D'une manière générale, le « *service rendu au corps médical* » et la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » présentent une valeur positive alors que les « *services rendus à l'institution et à la personne soignée* » présentent des valeurs négatives chez l'ensemble des fonctions et des spécialisations. Seul le groupe des cliniciennes présente une valeur positive en ce qui concerne le « *service rendu à la personne soignée* ».

Ainsi et à ce stade, les cliniciennes apparaissent comme le seul groupe de professionnelles privilégiant le « *service rendu au patient* » identifié comme une « *pratique de santé* ».

La partie suivante présente le détail de chacune de ces dimensions en regard de la fonction et de la spécialisation, sur la base de données testées.

5. II – 1. 2 Les pratiques professionnelles privilégiées par les professionnelles selon leur fonction et selon leur spécialisation (1960 et 2005)

Cette période concerne l'échantillon global (n=841). Cependant, comme rappelé ci-dessus, 5 professionnelles n'ayant pas indiqué leur année de diplôme, les trois périodes prises séparément totalisent 836 observations.

Les résultats sont présentés pour chacune des pratiques professionnelles dans l'ordre suivant :

- le « *service rendu à l'institution* »,
- le « *service rendu au corps médical* »,
- le « *service rendu au patient* »,
- la « *fonction d'intermédiaire culturelle* ».

Cet ordre est celui de l'apparition de ces pratiques dans l'écrit (NADOT, 2002a) selon le modèle de médiologie de la santé.

Une analyse de la variance permet d'identifier pour les variables de la fonction et de la spécialisation les modalités qui font apparaître pour chacune d'elles des différences discriminantes. Ainsi, les nombres soulignés signalent une moyenne significativement différente de la moyenne de l'ensemble de l'échantillon, en dessus (bleu) et en dessous (rose), au seuil de 5%. Par ailleurs le « ratio F » de « l'analyse de la variance (ANOVA)

[qui] consiste à comparer la variance de chaque groupe (intragroupe) avec la variance qui existe entre les groupes (intergroupes) »²⁶⁴ doit se situer au-dessus de 1 pour être significative, c’est-à-dire qu’elle présente une variance entre les groupes différente (supérieure ou inférieure) de celle existant à l’intérieur des groupes.

Les résultats sont illustrés par des tableaux qui présentent, pour chacun d’eux, la moyenne, l’écart-type, l’effectif et le « t de student » pour chacune des modalités de la variable considérée. La probabilité (p) et le test de Fischer (F) sont également indiqués pour chacun d’eux.

Afin d’alléger le texte qui commente les tableaux, il est précisé ici qu’en général seules les valeurs significativement différentes de l’ensemble de l’échantillon seront présentées sans le mentionner à chaque fois.

5. II – 1. 2. 1 Le « service rendu à l’institution » selon la fonction et selon la spécialisation

Le « service rendu à l’institution » est effectivement le premier à apparaître : « le premier ordre à voir le jour sera l’ordre hospitalier (SC1) ou ordre institutionnel, premier à livrer du texte sous forme de règlements à faire appliquer. Les actions soignantes seront un service rendu à l’institution »²⁶⁵.

Afin de présenter visuellement les résultats, les tableaux ci-après illustrent les valeurs de la moyenne (1^{ère} colonne) par un graphique qui correspond à chacune des modalités. Par ailleurs, la forme et les textes des tableaux statistiques étant déterminés de manière automatique par le logiciel « Sphinx »²⁶⁶, certaines règles de césure ne sont pas toujours respectées.

Tableau 11 – Le « service rendu à l’institution » selon la fonction (1960 à 2005)

	"Service rendu à l'institution"			
	Moyenne	Ecart -type	Effectif	t de student
Infirmier/ère diplômé/e	-0.18	0.52	526	1.48
Infirmier/ère avec spécialisation	-0.17	0.53	214	0.83
Infirmier/ère enseignant/e	0.13	0.25	4	2.09
Infirmier/ère-chef/fe d'unité de soins (ICUS)	0.25	0.56	46	4.64
Infirmier/ère-chef/fe de service (ICS)	0.40	0.61	24	4.27
Autre	-0.23	0.53	22	0.77
Total	-0.14	0.54	836	

p = <0.1% ; F = 11.35 (TS)
Les modalités en bleu (rose) sont sur-évaluées (sous-évaluées)

²⁶⁴ FORTIN, M.-F., COTE, J., FILION, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Education. p. 371.

²⁶⁵ NADOT, M. (2002a). *Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 44-45.

²⁶⁶ SPHINX. (2003a). *Manuel de référence Formulaires et tableaux*, vol. 2. Chavanod: Le sphinx développement.

SPHINX. (2003b). *Manuel de référence lexicale*, vol. 1. Chavanod: Le sphinx développement.

Ainsi, le « service rendu à l'institution » est la pratique privilégiée par les cadres intermédiaires (enseignante, ICUS et ICS).

Tableau 12 – Le « service rendu à l'institution » selon la spécialisation (1960 à 2005)

	"Service rendu à l'institution"			
	Moyenne	Ecart-type	Effectif	t de student
Clinicienne	-0.30	0.58	23	1.29
Soins intensifs	-0.07	0.47	60	1.07
Anesthésie	0.09	0.45	22	2.27
Soins d'urgence	0.00	0.46	8	0.85
Domaine opératoire	0.27	0.50	15	3.08
Sage-femme	-0.10	0.56	44	0.44
Praticien-formateur	-0.44	0.56	17	2.15
Autre	-0.32	0.54	54	2.23
Total	-0.14	0.54	243	

p = <0.1% ; F = 4.32 (TS)
Les modalités en bleu (rose) sont sur-évaluées (sous-évaluées)

Les professionnelles travaillant en salle d'opération semblent privilégier le « service rendu à l'institution » alors que les praticiens-formateurs (correspondant à une nouvelle fonction), dont le travail est plus centré sur l'étudiant en stage, ne privilégient pas ce service.

La catégorie « autre » de cette question correspond à des professionnelles spécialisées dans six domaines différents (anesthésie, praticien-formateur, clinicienne, sage-femme, soins intensifs et « autre ») et à des professionnelles n'ayant mentionné aucune spécialisation (n=12), ce qui ne permet pas de proposer une interprétation cohérente.

5. II – 1. 2. 2 Le « service rendu au corps médical » selon la fonction et selon la spécialisation

« En synergie avec l'Eglise catholique, à partir de la moitié du XVIII^e siècle, une autre culture influence notre discipline : l'ordre médical (SC2). Deuxième à transformer l'expérience en savoir par le jeu de l'écriture, il s'approprie l'espace hospitalier en vue de développer la clinique, des typologies diagnostiques et les connaissances médicales. Le corps médical est en mesure de déléguer à la soignante de nouvelles connaissances de façon qu'elle devienne un « agent double » à son service : agent collecteur de données en vue d'une analyse médicale (observation, évaluation de l'état du malade et transmission dans la langue légitime), agent applicateur des prescriptions médicales au travers de connaissances déléguées et imposées ultérieurement à l'occasion d'un cours ou par des manuels de soins dits « aux malades »²⁶⁷.

²⁶⁷ NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 49-50.

Tableau 13 – Le « service rendu au corps médical » selon la fonction (1960 à 2005)

	"Service rendu au corps médical"			
	Moyenne	Ecart-type	Effectif	t de student
Infirmier/ère diplômé/e	0.32	0.44	526	3.04
Infirmier/ère avec spécialisation	0.20	0.42	214	1.58
Infirmier/ère enseignant/e	0.38	0.48	4	0.53
Infirmier/ère-chef/fe d'unité de soins (ICUS)	-0.07	0.44	46	4.67
Infirmier/ère-chef/fe de service (ICS)	-0.27	0.42	24	6.00
Autre	0.14	0.66	22	0.79
Total	0.25	0.46	836	

p = <0.1% ; F = 15.27 (TS)
Les modalités en bleu (rose) sont sur-évaluées (sous-évaluées)

Le « *service rendu au corps médical* » est la pratique privilégiée par les ID, alors que les ICS et les ICUS ne privilégient pas cette pratique. Compte tenu de leur mission de « direction de l’équipe soignante » selon leur cahier des charges²⁶⁸, il semble donc naturel que cette pratique correspondent plus particulièrement aux ID dont la fonction a pour but d’ « assurer les soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs et éducationnels aux patients dont elle a la charge en respectant les normes professionnelles et les règles en vigueur dans l’établissement »²⁶⁹.

5. II – 1. 2. 3 Le « service rendu au patient » selon la fonction et selon la spécialisation

L’ « ordre des soignants (SC3) sera le deuxième à entrer en activité, mais le dernier à transformer son expérience en savoir par le jeu de l’écriture. Il faudra en effet attendre F. Nightingale (1860), H. Peplau (1952) ou V. Henderson (1955) pour que les premières théoriciennes des soins conceptualisent la pratique soignante (fonction indépendante du rôle professionnel) et pour que cette dernière soit fixée par l’écriture. »²⁷⁰.

Tableau 14 – Le « service rendu au patient » selon la fonction (1960 à 2005)

	"Service rendu au patient"			
	Moyenne	Ecart-type	Effectif	t de student
Infirmier/ère diplômé/e	-0.15	0.45	526	1.58
Infirmier/ère avec spécialisation	-0.22	0.47	214	0.77
Infirmier/ère enseignant/e	-0.50	0.33	4	1.85
Infirmier/ère-chef/fe d'unité de soins (ICUS)	-0.41	0.45	46	3.16
Infirmier/ère-chef/fe de service (ICS)	-0.49	0.49	24	2.91
Autre	-0.05	0.54	22	1.25
Total	-0.19	0.46	836	

p = <0.1% ; F = 5.85 (TS)
Les modalités en bleu (rose) sont sur-évaluées (sous-évaluées)

²⁶⁸ Annexes 21 et 22.

²⁶⁹ Annexe 1.

²⁷⁰ NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 47.

Les seules valeurs significatives correspondent ici aux fonctions des cadres intermédiaires, soit les ICS et les ICUS, qui ne privilégient pas cette pratique pour les mêmes raisons que celles relatives à la pratique d'un « *service rendu au corps médical* ».

Tableau 15 – Le « service rendu au patient » selon la spécialisation (1960 à 2005)

	"Service rendu au patient"			
	Moyenne	Ecart-type	Effectif	t de student
Clinicienne	<u>0.10</u>	<u>0.39</u>	<u>23</u>	<u>3.87</u>
Soins intensifs	<u>-0.44</u>	<u>0.43</u>	<u>60</u>	<u>3.19</u>
Anesthésie	<u>-0.55</u>	<u>0.30</u>	<u>22</u>	<u>4.36</u>
Soins d'urgence	<u>-0.33</u>	<u>0.36</u>	<u>8</u>	<u>0.74</u>
Domaine opératoire	<u>-0.49</u>	<u>0.47</u>	<u>15</u>	<u>2.02</u>
Sage-femme	<u>-0.13</u>	<u>0.43</u>	<u>44</u>	<u>1.53</u>
Praticien-formateur	<u>-0.27</u>	<u>0.40</u>	<u>17</u>	<u>0.37</u>
Autre	<u>-0.02</u>	<u>0.44</u>	<u>54</u>	<u>3.19</u>
Total	-0.24	0.46	243	

p = <0.1% ; F = 9.19 (TS)
Les modalités en bleu (rose) sont sur-évaluées (sous-évaluées)

Parmi toutes les IS²⁷¹, seules les cliniciennes privilégient le « *service rendu au patient* » en dehors de la catégorie regroupant les spécialisations « autre ».

Parmi les 54 professionnelles qui constituent cette catégorie, nous avons pu identifier que 9 professionnelles travaillent en psychiatrie, 10 professionnelles travaillent en néonatalogie et en pédiatrie, 5 professionnelles travaillent en médecine, 5 professionnelles travaillent en neurochirurgie, 2 professionnelles travaillent dans un service ambulatoire et 23 professionnelles n'ont pas indiqué l'unité au sein de laquelle elles travaillent. Nous pouvons supposer que ces dernières professionnelles mentionnées ont une spécialisation soit en psychiatrie soit en hygiène maternelle et pédiatrique. En effet, lors de la construction des modalités de la variable « spécialisation », ces deux spécialisations n'ont pas été proposées car toutes deux ne font plus l'objet d'une formation initiale depuis la réorientation du système de formation (1992). Cependant, les professionnelles formées jusque-là exercent effectivement dans les différents services ; il s'agit par conséquent d'une lacune de notre part.

Par ailleurs, ces 54 professionnelles de la catégorie « autre » ont entre 31 à 40 ans (35.19%), 41 à 50 ans (29.63%) et 51 à 60 ans (24.07%) alors que les 20 à 30 ans représentent le 11.11%. Elles ont ainsi probablement une grande expérience

Comme, près de la moitié d'entre elles n'a pas indiqué son lieu de travail, il est donc difficile de tirer des conclusions plus précises concernant cette catégorie. Ce groupe, bien que nombreux (n=54), n'est pas suffisamment identifié pour être pris en compte dans la suite des analyses.

²⁷¹ Pour l'explication relative à l'effectif (passage de n=214 de la variable « fonction » à n=243 de la variable « spécialisation »), voir Annexe 14.

Autrement dit, à partir de notre échantillon, un seul groupe, parmi les fonctions et les spécialisations, présente une pratique qui privilégie le « service rendu au patient », celui des cliniciennes. Or, cette pratique correspond à une approche globale de la santé alors que les deux autres pratiques (« service rendu à l’institution » et « service rendu au corps médical ») correspondent, quant à elles, au modèle de santé médical.

Ainsi, bien que ce groupe soit peu nombreux (n=23), il nous paraît suffisamment important pour le prendre en considération dans les analyses qui vont suivre. Il devrait permettre d’expliquer quelques-uns des facteurs qui contribuent au développement de cette pratique centrée sur la santé.

5. II – 1. 2. 4 La « fonction d’intermédiaire culturelle » selon la fonction et selon la spécialisation

La « fonction d’intermédiaire culturelle » correspond au modèle créé par Nadot.

« L’histoire de la discipline des pratiques de soins met en lumière que la soignante devait jouer (simultanément), dans une position « d’entre-deux », un rôle d’intermédiaire culturelle entre sa propre discipline et deux autres ensembles hétérogènes qui allaient bénéficier de ses prestations de service. En étant « entre », la soignante est en même temps au cœur du système »²⁷².

Tableau 16 – La « fonction d’intermédiaire culturelle » selon la fonction (1960 à 2005)

	"Fonction d'intermédiaire culturelle"			
	Moyenne	Ecart-type	Effectif	t de student
Infirmier/ère diplômé/e	0.06	0.40	526	2.73
Infirmier/ère avec spécialisation	0.20	0.40	214	2.68
Infirmier/ère enseignant/e	0.17	0.43	4	0.23
Infirmier/ère-chef/fe d'unité de soins (ICUS)	0.28	0.31	46	3.42
Infirmier/ère-chef/fe de service (ICS)	0.40	0.38	24	3.62
Autre	0.11	0.45	22	0.11
Total	0.12	0.40	836	

p = <0.1% ; F = 8.46 (TS)
Les modalités en bleu (rose) sont sur-évaluées (sous-évaluées)

La « fonction d’intermédiaire culturelle » est privilégiée par les IS, les ICUS et les ICS alors qu’elle ne l’est pas par les ID. Comment cela s’explique-t-il ?

En réalité, il s’agit d’une fonction très complexe qui s’appuie sur une vaste connaissance des différentes cultures et des contextes très variés pour lesquels elle doit maîtriser le vocabulaire. Cette fonction correspond probablement à une formation supérieure d’une part et à une large expérience professionnelle d’autre part qui permettent à ces professionnelles d’être dans la catégorie des infirmières expertes (BENNER, 1995). Là encore, les ID sortant de formation initiale ne possèdent pas suffisamment ni les connaissances du contexte et des cultures ni l’expérience.

²⁷² NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l’identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 53.

Tableau 17 – La « fonction d’intermédiaire culturelle » selon la spécialisation (1960 à 2005)

	"Fonction d'intermédiaire culturelle"			
	Moyenne	Ecart-type	Effectif	t de student
Clinicienne	0.07	0.36	23	1.60
Soins intensifs	0.31	0.42	60	1.76
Anesthésie	0.38	0.30	22	2.62
Soins d'urgence	0.13	0.17	8	1.14
Domaine opératoire	0.24	0.44	15	0.38
Sage-femme	0.09	0.40	44	1.68
Praticien-formateur	0.37	0.37	17	1.84
Autre	0.10	0.40	54	1.70
Total	0.20	0.40	243	

p = 0.3% ; F = 3.24 (TS)
Les modalités en bleu (rose) sont sur-évaluées (sous-évaluées)

Parmi l’ensemble des spécialisations, ce sont les anesthésistes de notre échantillon qui privilégient cette « *fonction d’intermédiaire culturelle* ». Il nous semble difficile d’expliquer ceci, peut-être par le fait que ce sont les seules à travailler entre des services aussi différents que la salle d’opération, les services de soins et les chambres des patients. Autrement dit, elles sont appelées à assurer l’information, la médiation et la communication de manière privilégiée.

En synthèse, il apparaît que pour l’ensemble des trois périodes, soit de 1960 à 2005, en ce qui concerne les fonctions :

- les **ID**²⁷³ privilégient le « **service rendu au corps médical** » alors qu’elles ne privilégient pas la « *fonction d’intermédiaire culturelle* »,
- les **IS** privilégient la « **fonction d’intermédiaire culturelle** »,
- les cadres intermédiaires (**ICUS** et **ICS**) privilégient le « **service rendu à l’institution** » et la « **fonction d’intermédiaire culturelle** » alors qu’elles ne privilégient pas le « *service rendu au corps médical* » et celui « *rendu au patient* »

En ce qui concerne les spécialisations :

- les **anesthésistes** et les **infirmières du domaine opératoire** privilégient le « **service rendu à l’institution** » alors que les *praticiens-formateurs* et les « *autre* » spécialisations ne privilégient pas le « *service rendu à l’institution* »,
- les **cliniciennes** et les « **autre** » spécialisations privilégient le « **service rendu au patient** » alors que les *anesthésistes*, les *infirmières de soins intensifs* et celles du *domaine opératoire* ne privilégient pas le « *service rendu au patient* »,
- les **anesthésistes** privilégient la « **fonction d’intermédiaire culturelle** ».

²⁷³ Les caractères en gras correspondent à des valeurs significativement supérieures à celle de l’ensemble des modalités de la variable alors que les caractères en gras et italiques correspondent à des valeurs significativement inférieures à celle de l’ensemble des modalités.

En synthèse e à partir des quatre dimensions de la pratique (NADOT, 2002a), il ressort ainsi que :

- le « *service rendu à l'institution* » est privilégié par les cadres intermédiaires,
- le « *service rendu au corps médical* » est privilégié par les ID,
- le « *service rendu au patient* » est privilégié par les cliniciennes et des infirmières spécialisées de la modalité « autre », probablement expérimentées au vu de leur âge,
- la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » est privilégiée par les ICS, les ICUS et les IS (et parmi elles les anesthésistes).

En conclusion, il apparaît que la « pratique de santé » et la « pratique de soins » (dans sa dimension la plus complexe : la « *fonction d'intermédiaire culturelle* ») sont toutes les deux privilégiées par des infirmières ayant une formation spécialisée complémentaire à leur formation initiale.

Le tableau de synthèse ci-dessous présente, de manière synoptique, tous les résultats significatifs avec leurs valeurs respectives selon les mêmes règles que celles précisées en introduction du chapitre 5.

L'ensemble des résultats sont présentés dans la table des annexes pour chacune des pratiques – soins et santé – d'une part et selon l'échantillon complet et chacune des périodes de formation d'autre part²⁷⁴.

²⁷⁴ Annexes 23 à 30.

Tableau 18 – Les pratiques professionnelles privilégiées par les infirmières selon leur fonction et leur spécialisation en regard de la période d'obtention de leur diplôme de formation initiale

	1960 à 2005 (n=836)		1960 à 1985 (n=236)		1986 à 1995 (n=223)		1996 à 2005 (n=377)	
	Fonction (n=836)	Spécialisation (n=213)	Fonction (n=236)	Spécialisation (n=81)	Fonction (n=223)	Spécialisation (n= 77)	Fonction (n=377)	Spécialisation (n=55)
"Service rendu à l'institution"	IE (t=2.09); ICUS (t=4.64); ICS (t=4.27) p=<0.1%; F=11.35	anesthésie (t=2.27); domaine opératoire (t=3.08); <i>praticien-formateur (t=2.15); autre (t=2.23)</i> p=<0.1%; F=4.32	-	-	ICUS (t=4.70); ICS (t=6.17) p=<0.01%; F=11.23	anesthésie (t=2.55); <i>autre (t=2.30)</i> p=<0.7%; F=3.02	-	soins urgence (t=3.25); domaine opératoire (t=13.40); <i>praticien-formateur (t=3.87)</i> p=<0.3%; F=3.66
"Service rendu au corps médical"	ID (t=3.04); <i>ICUS (t=4.67); ICS (t=6.00)</i> p=<0.1%; F=15.27	-	ID (t=2.00); <i>ICS (t=3.28)</i> p=<0.01%; F=4.33	-	<i>ICUS (t=2.05); ICS (t=4.87)</i> p=<0.01%; F=5.63	-	<i>ICUS (t=4.58); autre (t=2.18)</i> p=<0.01%; F=7.85	-
"Service rendu au patient"	<i>ICUS (t=3.16); ICS (t=2.91)</i> p=<0.01%; F=5.85	clinicienne (t=3.87); <i>autre (t=3.19); soins intensifs (t=3.19); anesthésie (t=4.36); domaine opératoire (t=2.02)</i> p=<0.01%; F=9.19	-	clinicienne (t=2.15); <i>soins intensifs (t=2.10)</i> p=<0.01%; F=3.19	ID (t=2.42); <i>IE (t=14.28); ICUS (t=4.36); ICS (t=6.19)</i> p=<0.1%; F=7.28	<i>soins intensifs (t=1.96); anesthésie (t=4.98); soins urgence (t=5.72); sage-femme (t=2.65); autre (t=2.44)</i> p=<0.01%; F=5.28	-	clinicienne (t=2.41); <i>domaine opératoire (t=3.66)</i> p=<0.01%; F=2.62
"Fonction d'intermédiaire culturelle"	<i>ID (t=2.73); IS (t=2.68); ICUS (t=3.42); ICS (t=3.62)</i> p=<0.01%; F=8.46	Anesthésie (t=2.62) p=<0.3%; F=3.24	<i>ID (t=2.70); ICUS (t=2.42); ICS (t=2.47)</i> p=<0.1%; F=5.55	-	<i>ID (t=2.97); ICS (t=3.89)</i> p=<0.1%; F=5.82	-	-	-

Les modalités correspondent à une moyenne significativement différente de celle de l'ensemble de l'échantillon au seuil de 5% en général. Les modalités en caractère normal (bleu) significativement en dessus et les modalités en caractères italiques (rouge) significativement en dessous. Les chiffres entre parenthèses correspondent à la moyenne (test t) pour chacune des modalités.

5. II – 2 Les relations entre les deux orientations, soins et santé, de la pratique professionnelle

Après avoir mis en évidence les dimensions de la pratique professionnelle privilégiées par les infirmières, nous interrogeons la relation existante entre ces dimensions.

Autrement dit la question est ici de savoir « *Quels sont les liens existants entre ces deux dimensions ?* » ou plus précisément, quelle est la direction (positive ou négative) et la force de ces liens (coefficient de corrélation) ?

Nous rappelons ici le dispositif de recueil de données et son traitement statistique avant de présenter les résultats.

Ainsi, les professionnelles étaient appelées à effectuer trois choix parmi 10 propositions relatives à leur comportement professionnel. Parmi ces propositions, deux correspondaient au « *service rendu à l'institution* », deux au « *service rendu au corps médical* », trois au « *service rendu au patient* » et trois à la « *fonction d'intermédiaire culturelle* ». L'ordre proposé ne permettait pas aux professionnelles d'identifier sans

autre le cadre de référence sous jacent et ses quatre dimensions. Autrement dit, les professionnelles avaient donc à choisir, parmi dix modalités qui correspondent toutes à l'ensemble de leurs activités, les trois qui y correspondent le plus et les trois qui y correspondent le moins. Afin d'effectuer ces corrélations, les données de chacune d'elles ont été « redressées »²⁷⁵ (ARDILLY, 1994).

Les résultats sont présentés par les coefficients de corrélation. L'échelle s'étend entre -1 et 1. Les valeurs significatives se situent entre $r > -0.40$ et $r > 0.40$ ²⁷⁶.

Par ailleurs, il faut également mentionner que, malgré les pré-tests du questionnaire effectués, nous avons une certaine inquiétude quant à la manière dont les professionnelles allaient accepter cette contrainte de choix. En effet, face à un document anonyme, il leur était facile d'élargir la consigne et de choisir quatre (voire plus) comportements ou de refuser de répondre.

Face à notre interrogation, nous avons pu constater que 91 questionnaires ont été remplis partiellement pour les groupes de variables relatifs à la pratique professionnelle et pour ceux relatifs au SEP et SEC, ce qui représente le 9.40% des questionnaires retournés (n=965).

Ainsi, plus de 90% des infirmières ont accepté d'effectuer le choix qui leur était demandé. Ce résultat fait apparaître une certaine complaisance de leur part qui confirmerait une caractéristique propre à ce groupe professionnel. C'est-à-dire celle qui consiste à faire ce qui est demandé d'une part et réagir en dénonçant la difficulté d'autre part, se plaçant ainsi dans un rôle souvent défini comme celui de victime (CHAVES, 2005).

Afin de rechercher et préciser les relations entre ces deux pratiques, les données ont été analysées respectivement pour l'ensemble de l'échantillon (n=841), pour les ID et pour les IS. Cela permettait ainsi de rechercher également les corrélations relatives à la fonction des ID et à celle des IS.

Les corrélations entre les différentes pratiques professionnelles sont présentées sous forme d'un tableau synoptique de synthèse qui met en évidence les résultats concernant l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)²⁷⁷. Chaque corrélation entre deux pratiques se retrouvant deux fois dans le tableau, nous n'avons conservé que la partie inférieure gauche du tableau afin d'en faciliter la lecture.

²⁷⁵ Voir chapitre 4.

²⁷⁶ « Le coefficient de corrélation (r) correspond à « l'indice du degré de liaison entre deux variables mesurées à l'aide d'une échelle quantitative. Le coefficient peut varier entre deux valeurs de +1.0 (corrélation positive parfaite) et de -1.0 (corrélation négative parfaite) ; un coefficient de 0 signifie une absence de relation entre les deux variables. » FORTIN, M.-F., COTE, J., FILION, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Education. p.464. En l'absence de résultats de recherche dans ce domaine, nous avons considéré que le seuil de significativité à 0.40 (positif et négatif) permettait de donner une indication de référence pour ce travail.

²⁷⁷ Annexe 85.

Tableau 19 – Corrélations entre les pratiques professionnelles de l'ensemble des infirmières (n=841)

	"Service rendu à l'institution"				"Service rendu au corps médical"				"Service rendu au patient"			
	1960 à 2005	1960 à 1985	1986 à 1995	1996 à 2005	1960 à 2005	1960 à 1985	1986 à 1995	1996 à 2005	1960 à 2005	1960 à 1985	1986 à 1995	1996 à 2005
	n=841	n=236	n=223	n=377	n=841	n=236	n=223	n=377	n=841	n=236	n=223	n=377
"Service rendu à l'institution"												
"Service rendu au corps médical"	-0.15	-0.24	-0.22	0.00								
"Service rendu au patient"	-0.50	-0.54	-0.55	-0.47	-0.25	-0.18	-0.17	-0.37				
"Fonction d'intermédiaire culturelle"	-0.20	-0.12	-0.09	-0.32	-0.33	-0.36	-0.37	-0.33	-0.50	-0.51	-0.54	-0.45

Les coefficients de corrélation (r) entre >-0.40 (en gras italique et case rouge) et >0.40 sont considérés comme significatifs (p<5%)

Ces résultats mettent en évidence une corrélation négative d'une part entre le « *service rendu au patient* » et le « *service rendu à l'institution* » ($r=-0.50$) et d'autre part entre le « *service rendu au patient* » et la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » ($r=-0.50$). Ces résultats correspondent à ceux des ID²⁷⁸, des IS²⁷⁹ et des cliniciennes²⁸⁰ (même si ces derniers, issus d'une analyse effectuée sur un très petit nombre, sont à considérer avec précaution). *Ce qui pourrait signifier que quels que soit le type d'environnement et d'exercice professionnel de l'infirmière, ces différentes dimensions de sa pratique ne vont pas forcément de pair.*

Par ailleurs, il est à relever l'absence de significativité entre le « *service rendu à l'institution* » et la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » ainsi qu'entre le « *service rendu au corps médical* » et chacune des autres dimensions (« *services rendus à l'institution, au patient et à la fonction d'intermédiaire culturelle* »).

Ainsi, si une tension semble se dessiner entre une « *pratique de santé* » et une « *pratique de soins* », l'absence de significativité liée au « *service rendu au corps médical* » (considéré comme faisant partie de la pratique de soins) interroge. Comment expliquer ce résultat ?

En reprenant les comportements privilégiés par les infirmières, il apparaît que ce sont les ID (n=526), soit les plus nombreuses parmi l'ensemble des professionnelles de notre échantillon, qui privilégient ce « *service rendu au corps médical* ». Or, les ID diplômées entre 1986 et 1995 (n=108 ; $t=2.42$; $p<0.1\%$; $F=7.28$) privilégient, quant à elles (comme nous le verrons plus loin), le « *service rendu au patient* ». L'absence de significativité ici pourrait alors se rapporter à la nature individuelle de la pratique professionnelle développée au travers d'un « *service rendu au patient* » et d'un « *service rendu au corps médical* » alors que les autres dimensions « *service rendu à l'institution* » et la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » se rapportent à une dimension

²⁷⁸ Annexe 86.

²⁷⁹ Annexe 87.

²⁸⁰ Annexe 88.

institutionnelle. Autrement dit, la difficulté pourrait être la capacité de répondre à ces deux niveaux différents simultanément, le singulier et le général.

Ce qui pourrait signifier que ces deux « *services rendus* » relevant pour le premier d'une « pratique de santé » et pour le second d'une « pratique de soins » ne sont pas forcément incompatibles bien qu'appartenant à deux modèles de santé différents.

Par contre, le « *service rendu à l'institution* » et la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » (qui renvoie à cette posture de « l'entre » où se développent la *communication, la médiation et l'information*) relevant toutes deux d'une « pratique de soins », apparaissent incompatibles avec le « *service rendu au patient* » relevant d'une « pratique de santé ».

De sorte que ces résultats mettent en évidence une polarisation entre deux dimensions de la pratique infirmière, la « pratique de santé » d'une part et la « pratique de soins » de l'autre, qui renvoient comme nous l'avons vu à deux orientations fondamentalement différentes. Ces résultats confirment les descriptions faites dans la littérature et présentées lors de la problématique. Ils expliquent probablement le malaise et la souffrance de nombreuses infirmières.

Par ailleurs, hormis la corrélation à la limite de la significativité entre le « *service rendu au patient* » et le « *service rendu à l'institution* » pour les IS diplômées entre 1986 et 1995 (n=77 ; r= -0.40), les coefficients de corrélation négatifs entre le « *service rendu au patient* » et la « *fonction d'intermédiaire culturelle* » chez ces professionnelles augmentent avec la diminution des années de diplôme, soit de 1960 à 1985 (n=81 ; r= -0.57), et entre 1996 et 2005 (n=55 ; r= -0.64).

Autrement dit, les dimensions de ces pratiques sont d'autant moins compatibles que les professionnelles IS sont moins expérimentées. Ce résultat va dans le sens de la mise en évidence de l'importance de l'expérience et de l'expertise des professionnelles au travers de leurs années de diplôme (plus de 10 à 20 ans) pour faire face aux situations complexes qui appellent simultanément une « pratique de santé » et une « pratique de soins ».

Bien que non interprétables sur le plan statistique, parce que présentant un effectif trop restreint, les coefficients de corrélation du groupe de cliniciennes offrent néanmoins une perspective intéressante. En effet, il s'agit du seul groupe qui présente une corrélation positive entre le « *service rendu au patient* » et le « *service rendu au corps médical* » (n=22 ; r=0.52) mais sans qu'un test de significativité puisse l'attester. Ce résultat mériterait d'être approfondi dans une autre recherche.

En synthèse, les résultats montrent d'une part que, quelle que soit la période d'obtention du diplôme de formation initiale des professionnelles et quelle que soit la fonction ou la spécialisation, la « pratique de santé » se révèle incompatible dans l'exercice professionnel avec la « pratique de soins ». Néanmoins et parallèlement, ils interpellent cette incompatibilité et montrent d'autre part que le « *service rendu au corps médical* » et celui « *rendu au patient* » ne le sont pas forcément.

Ce qui apparaît alors relèverait peut-être d'une autre difficulté se rapportant au type de relation, particulière à une personne d'un côté et collective de l'autre. En effet, le « *service rendu au corps médical* » concerne la plupart du temps un service en lien avec un patient particulier. Il se rapporte ainsi à une relation individuelle avec le patient d'une part et dans une relation individuelle avec le médecin du patient d'autre part. Alors que le « *service rendu à l'institution* » renvoie à des directives relatives à la gestion d'un ensemble de personnes sans liens directs avec un patient en particulier. La centration sur la personne soignée et sa définition de la santé peut se faire également à partir d'un « *service rendu au médecin* » si l'infirmière est capable d'argumenter et de faire valoir les attentes du patient auprès du médecin. Ce résultat souligne la nécessité pour l'infirmière d'être clair quant à son orientation et suffisamment formée pour la faire valoir auprès du médecin. Ce dernier peut par ailleurs également se situer dans une telle approche centrée sur le patient et sa définition de la santé.

Ainsi, l'absence de significativité entre ces deux « *services rendus* » pointe une difficulté contingente à l'orientation de la pratique, celle de sa nature individuelle et collective. Elle précise ainsi une des caractéristiques de la « *pratique de santé* » qui, si elle était contenue dans la définition apparaît ici explicitement : la centration sur la personne soignée singulière et sa santé à partir de son approche, à chaque fois particulière. Or, ce type d'approche ne peut être qu'en conflit avec celle d'une gestion collective de la santé, représentée par le « *service rendu à l'institution* » et par la « *fonction d'intermédiaire culturelle* ».

En résumé ...

Il apparaît que les infirmières dans leur ensemble privilégient le « service rendu au corps médical » et la « fonction d'intermédiaire culturelle », alors que le « service rendu au patient » par l'infirmière obtient le score le plus faible.

Ces résultats confirment la difficulté des infirmières, mise en évidence dans la problématique, difficulté relative au déploiement d'une orientation santé au sein de leur pratique professionnelle.

La transposition du modèle de « médiologie de la santé » par deux orientations de la pratique : « pratique de santé » et « pratique de soins » montre que ces deux pratiques apparaissent prioritairement chez des professionnelles au bénéfice d'une formation post-diplôme.

Ainsi :

- *la « pratique de soins » dans sa dimension la plus complexe, identifiée au travers de la « fonction d'intermédiaire culturelle », est privilégiée par les infirmières spécialisées et par les cadres intermédiaires,*
- *la « pratique de santé », au travers de ses trois modalités et pour l'ensemble de l'échantillon, est privilégiée par les cliniciennes et la modalité « autre » spécialisation.*

Enfin, la non simultanée d'une « pratique de santé », au travers du « service rendu au patient », avec la « pratique de soins », au travers de la « fonction d'intermédiaire culturelle » et du « service rendu à l'institution », confirme la tension relevée dans les références documentaires. Toutefois, l'absence de relation significative du « service rendu au corps médical » avec chacune des autres dimensions interroge. Au-delà de la tension entre deux modèles de santé fondamentalement différents, elle souligne la difficulté de gérer simultanément les approches professionnelles de nature singulière (relation individuelle) et de nature collective (réseau) qui font émerger une difficulté d'une autre nature que les paradigmes relatifs au modèle de santé.

5. III – La « pratique de santé » et ses caractéristiques

Cette partie présente les caractéristiques de la « pratique de santé » de notre échantillon et les leviers de son déploiement.

Les données relatives à d'autres groupes de professionnelles, identifiés à partir des trois périodes de formation initiale (1960 à 1985 ; 1986 à 1995 et 1996 à 2005), permettent d'élargir et de préciser les caractéristiques socioprofessionnelles de cette pratique.

La recherche des facteurs personnels (SEP, SEC en particulier) permettent de clarifier les pratiques privilégiées en regard du contexte.

L'approfondissement de la « pratique de santé », à partir de l'analyse des modalités qui s'y rapportent, fait émerger les caractéristiques permettant le développement d'une « pratique de santé ».

5. III – 1 Les profils hétérogènes des professionnelles privilégiant une « pratique de santé »

La recherche des professionnelles privilégiant une « pratique de santé » a permis d'identifier, pour l'ensemble de l'échantillon, les groupes des infirmières cliniciennes et celui de la catégorie « autre » de la variable spécialisation. Or, un de ces groupes présente un effectif restreint (cliniciennes, n=23) et l'autre, plus important (n=54), présente des données socioprofessionnelles lacunaires.

Il nous a paru dès lors nécessaire de rechercher, pour chacune des périodes de formation initiale, si d'autres groupes de professionnelles privilégiaient cette « pratique de santé ».

Ainsi, en poursuivant la recherche de cette « pratique de santé » auprès des professionnelles des trois périodes de formation identifiées, il apparaît que les **ID diplômées depuis plus de 10 ans et jusqu'à 20 ans** (n=108 ; t= 2.42; p=<0.1% ; F=7.28), soit **entre 1986 et 1995**, privilégient également cette pratique. Parmi les infirmières spécialisées de cette même période (p<=0.1% ; F=5.28)²⁸¹, les **sages-**

²⁸¹ Les valeurs « p » et « F » correspondent à l'ensemble de la variable. Ils ne sont pas répétés lorsqu'il s'agit de plusieurs modalités de la même variable.

femmes (n=10 ; t=2.65), les infirmières de **soins d'urgence** (n=2 ; t=5.72)²⁸² et la catégorie « **autre** » (n=22 ; t=2.44) de la variable spécialisation²⁸³ valorisent également une « pratique de santé »²⁸⁴.

Les profils de chacun des quatre groupes identifiés sont présentés ci-après au travers de leurs caractéristiques socioprofessionnelles.

5. III – 1. 1 Les cliniciennes

Le groupe de cliniciennes présente une « pratique de santé » privilégiée pour l'ensemble de l'échantillon (n=841).

Leur profil socioprofessionnel est le suivant²⁸⁵, pour l'ensemble de la période 1960 à 2005:

- 39.13% travaillent depuis plus de 10 ans dans le même service et 47.83% depuis 1 à 3 ans dans la même fonction,
- 86.96% travaillent entre 76 et 100%,
- 73.91% se sont formées en Suisse,
- 52.17% sont membres d'une association professionnelle et parmi elles 30.43% y sont actives,
- 43.48% ont entre 41 à 50 ans,
- 86.96% sont des femmes,
- 47.83% ont réalisé moins de 3 jours de formation au cours des 12 derniers mois,
- 30.43% pensent se former l'année suivante « oui certainement ».

Les professionnelles de ce groupe travaillent dans 15 des 52 unités de base, sachant que 3 n'ont pas mentionné l'unité dans laquelle elles travaillent. Ces professionnelles, bien que réparties dans différents services, forment un groupe homogène en regard de leur formation et de leur mission au travers de leur cahier des charges²⁸⁶.

Par ailleurs, **les cliniciennes**, comme nous l'avons déjà mentionné (chapitre 1), **répondent à une mission particulière au sein de l'équipe de soins**. Cette mission fait l'objet au CHUV d'un **cahier des charges spécifique** qui mentionne la responsabilité liée à l'approfondissement des soins infirmiers de santé et l'accompagnement de leurs collègues pour ce développement de la santé.

De plus, les cliniciennes peu nombreuses sont réparties dans les différents services (tous les services du CHUV ne bénéficient pas de la présence d'une clinicienne) et donc seule à exercer cette fonction au sein de l'équipe dans laquelle elle travaille. Cette position leur donne ainsi un statut particulier dans leur service et dans l'établissement.

²⁸² Cette dernière catégorie ne sera toutefois pas retenue de par son effectif trop petit.

²⁸³ Ces professionnelles recouvrent probablement celles qui ont répondu « autre » (n=54) à la variable fonction. Autrement dit, 22 professionnelles ont dû cocher cette modalité à chacune des deux variables (fonction et spécialisation).

²⁸⁴ Annexe 26.

²⁸⁵ Seuls les % les plus élevés sont mentionnés.

²⁸⁶ Annexe 19.

Enfin, elles ont participé à **une formation post-diplôme**²⁸⁷ visant **l’approfondissement des soins de santé** centrés sur la personne soignée, soit avec une approche généraliste, soit avec une approche spécialisée (diabétologie, soins palliatifs) toujours centrée sur la santé et la personne soignée.

Autrement dit, ce groupe représente des professionnelles au bénéfice d’une spécialisation dans l’approfondissement des soins de santé. En effet :

« Le concept de base sur lequel s’appuient les activités de l’infirmière spécialiste clinique est celui de l’expertise, expertise au service des patients tout d’abord, des équipes, mais aussi au service du développement de la profession, des pratiques, des savoirs spécifiques dans le domaine de soins infirmiers »²⁸⁸.

De plus, le statut de spécialiste impose une excellence dans la recherche du bien du patient, critère principal pour la clinicienne auprès de ses collègues d’équipe. Autrement dit, « la compétence professionnelle intervient comme modalité de reconnaissance dans la relation avec les collègues infirmières »²⁸⁹.

Par conséquent, ce groupe de cliniciennes et les professionnelles qui le constituent devraient permettre d’expliquer quelques-uns des facteurs qui contribuent au développement d’une « pratique de santé ».

Cependant, en considérant les **trois périodes de formation**, il est surprenant qu’aucune valeur significative n’apparaisse concernant cette « pratique de santé » pour les cliniciennes ayant obtenu leur diplôme de formation initiale entre 1986 et 1995 (n=6). Elle peut s’expliquer par l’orientation de cette spécialisation qui s’est précisée depuis sa création (PROULX, P, WARD, L. 1992 ; POLETTI, 1986, 1992). Elle a en effet tout d’abord été soumise à l’influence du développement médical avant d’en prendre distance et de clarifier sa position aux côtés des médecins et en complémentarité de l’approche médicale de la clinique (FOUCAULT, M. (2005, 1st ed. 1963).

5. III – 1. 2 Le groupe « autre » de la variable « spécialisation »

Leur profil socioprofessionnel, pour la période 1960 à 2005, est le suivant :

- 35.19% travaillent depuis 3 à 10 ans dans le même service et 38.89% depuis plus de 3 à 10 ans dans la même fonction,
- 70.37% travaillent entre 76 et 100%,
- 55.56% se sont formées en Suisse,
- 59.26% ne sont membre d’aucune association professionnelle,
- 35.19% ont entre 31 à 40 ans,
- 81.48% sont des femmes,
- 38.89% ont effectué moins de 3 jours de formation et 38.89% plus de 3 à 9 jours,
- 37.04% pensent se former, « oui certainement », l’année suivante.

²⁸⁷ Correspond à 60 crédits ECTS effectués en alternance sur 2 ans.

²⁸⁸ DOMINICE, P., FAVARIO, C., LATAILLADE, L. (dir.). (2000). *La pratique des infirmières spécialistes cliniques*. Paris: Seli Arslan. p. 27.

²⁸⁹ Idem, p. 54.

Les professionnelles de ce groupe (n=54) travaillent dans 23 des 52 UB (18 d'entre elles n'ont pas mentionné leur UB).

Ce qui ressort ici, c'est **l'absence d'implication dans une association professionnelle** pour les deux tiers d'entre elles. Par ailleurs, **plus d'un tiers s'est formé plus de 3 à 9 jours** au cours de la dernière année. Enfin, elles sont réparties dans un très grand nombre de services. En conclusion, ces professionnelles ne forment pas un groupe homogène en regard de leur lieu de travail et de leur spécialisation.

5. III – 1. 3 Le groupe des ID entre 1986 et 1995

Ce groupe concerne les professionnelles diplômées entre 1986 et 1995. Elle présente le groupe avec l'effectif le plus important privilégiant une « pratique de santé » (n=108).

Leur profil socioprofessionnel, concernant la période de diplôme 1986 à 1995, est le suivant :

- 47.22% travaillent depuis 3 à 10 ans dans le même service et 57.41% plus de 10 ans dans la même fonction,
- 68.52% travaillent entre 76 et 100%,
- 45.37% se sont formées en Suisse,
- 75.93% ne sont membre d'aucune association professionnelle,
- 70.37% ont entre 31 et 40 ans,
- 87.04% sont des femmes,
- 56.48% ont effectué moins de 3 jours de formation au cours des 12 derniers mois,
- 28.70% pensent se former l'année suivante « oui certainement » et 26.85% pensent « oui sans doute ».

Les professionnelles de ce groupe (n=108) travaillent dans 34 des 52 unités de soins concernées par cette recherche (19 personnes n'ont pas mentionné leur UB).

Les deux points qui ressortent en particulier sont **la faible appartenance à une association professionnelle** ainsi qu'**une formation de moins de 3 jours pour plus de la moitié d'entre elles** au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, ces professionnelles comme celle du groupe « autre » spécialisation sont réparties dans un grand nombre d'UB.

Cependant, il est intéressant de relever que ce groupe ID, durant la période précédente (1960 à 1986) et la période suivante (1996 à 2005), ne privilégient pas la « pratique de santé ».

En effet, les **ID diplômées avant 1986** ne présentent, quant à elles, aucun résultat significatif concernant cette « pratique de santé »²⁹⁰. Alors qu'elles privilégient une « pratique de soins »²⁹¹ dans une seule de ses dimensions, le « *service rendu au corps médical* » (n=102 ; t=2.00 ; p=<0.1% ; F=4.33).

²⁹⁰ Annexe 25.

²⁹¹ Annexe 28.

Ce qui signifierait que les professionnelles formées initialement il y a plus de 27 ans, en dehors de celles qui se sont spécialisées comme clinicienne²⁹² (n=9 ; t=2.15 ; p=0.5%, F=3.19), ne privilégient pas une « pratique de santé ».

Comment l'expliquer ? L'expérience n'est-elle pas suffisante ? Ou peut-être la période de construction de celle-ci, soit entre 1960 et 1985, correspondait-elle à une valorisation forte de la « pratique de soins » ? Selon cette hypothèse l'exercice professionnel, ainsi inscrit dans un contexte d'expansion et de valorisation médicale et technologique de l'époque, continuerait à être valorisé au travers des contraintes environnementales liées à la pression économique actuelle (réduction de personnel, hospitalisation de courte durée).

Ces résultats montrent ainsi que si l'expérience est importante, elle ne suffit pourtant pas au développement d'une « pratique de santé » ni d'une « pratique de soins » dans sa dimension la plus complexe, la « fonction d'intermédiaire culturelle »²⁹³. Les analyses complémentaires, notamment dans le domaine de la formation, devraient préciser ce constat.

Quant aux professionnelles **diplômées depuis 1996**, soit celles formées selon le modèle global de santé, elles ne présentent **aucun résultat significatif** concernant l'ensemble des pratiques professionnelles, ni en ce qui concerne la « pratique de santé »²⁹⁴ pour laquelle elles ont été particulièrement formées ni même en ce qui concerne la « pratique de soins »²⁹⁵ qui répondrait à une attente et une pression forte de la part de l'environnement hospitalier universitaire.

Cela peut s'expliquer par le fait que ces deux pratiques de santé et de soins sont toutes deux d'une grande complexité dont la maîtrise n'existe pas au moment de l'obtention du diplôme mais se développe au cours de la pratique (BENNER, 1995). Les résultats de cette recherche montrent qu'il faut plus de 10 ans pour qu'elles apparaissent. En effet, le SEP dont la source de construction première réside en l'expérience de maîtrise apparaît ici chez les professionnelles ayant de plus de 10 ans de pratique dans la même fonction (n=238 ; t=2.15 ; p=0.026% ; F=2.56) alors qu'elle est inférieure à l'ensemble des professionnelles travaillant depuis moins de 3 mois à 1 an dans la même fonction²⁹⁶ (n=58 ; t=2.13).

5. III – 1. 4 Le groupe des sages-femmes diplômées entre 1986 et 1995

Ce groupe concerne également des professionnelles diplômées entre 1986 et 1995. Leur profil socioprofessionnel est le suivant :

- 60% travaillent depuis plus de 3 à 10 ans dans le même service et 60% plus de 10 ans dans la même fonction,
- 50% travaillent entre 76 à 100%,
- 40% se sont formées en Suisse,
- 50% sont membre d'une association professionnelle dont 10% y sont active,

²⁹² Annexe 25.

²⁹³ Annexe 28.

²⁹⁴ Annexe 27.

²⁹⁵ Annexe 30.

²⁹⁶ Annexe 31.

- 50% ont entre 31 et 40 ans et 50% ont entre 41 et 50 ans,
- 100% sont des femmes,
- 100% ont effectué moins de 3 jours de formation au cours des 12 derniers mois,
- 40% ne pensent pas se former l'année suivante « non sans doute pas ».

Les professionnelles de ce groupe (n=10) travaillent dans 3 des 52 unités de base concernées par cette recherche (1 personne n'a pas mentionné son UB).

Ce qui ressort ici c'est **une formation de moins de 3 jours pour l'ensemble** de ces professionnelles (n=10) au cours des 12 derniers mois. Par contre, ces professionnelles sont identifiables et **engagées dans la vie associative**. Elles forment un groupe homogène au travers de leur lieu de travail et d'un cahier des charges commun.

La formation initiale de ces professionnelles relevant de deux voies distinctes (formation initiale de sage-femme ou formation post-diplôme de sage-femme) qui n'apparaissent pas ici, il est difficile d'interpréter ces données. Cela pourrait néanmoins signifier que malgré une formation initiale centrée sur un modèle médical de santé, ces professionnelles ont développé une « pratique de santé » au travers de leur expérience et à partir d'une expertise de santé. La nature de leur travail (lié à la vie et non à la maladie), l'expérience et la reconnaissance de leur statut (relevant de la santé) aurait alors un poids plus important que celui de leur formation initiale.

Ainsi, l'analyse des caractéristiques de la « pratique de santé » de notre échantillon montre que les professionnelles qui la déploient, présentent des profils socioprofessionnels différents.

Ces résultats tendent toutefois à mettre en évidence que le fait de **privilégier cette « pratique de santé » semble relever plus particulièrement de la personne de l'infirmière** et donc **des caractéristiques personnelles, propres à chacune d'elles**, qu'à des facteurs liés à l'environnement (type et lieu de formation ou de travail). Ils rejoignent ainsi l'hypothèse de cette recherche à savoir que les facteurs personnels contribuent au développement d'une « pratique de santé ». Nous cherchons maintenant ainsi à vérifier celle-ci par la mise en évidence de l'influence du SEP et du SEC sur cette « pratique de santé ».

5. III – 2 Les facteurs personnels et leur influence sur la « pratique de santé » des infirmières

Les facteurs personnels de notre recherche comprennent à la fois le sentiment d'efficacité du modèle de Bandura (2003), c'est-à-dire la croyance de l'individu en sa capacité à atteindre un objectif défini, et les croyances, proche des travaux de Rotter (1966), relatives au contrôle de l'activité en regard de sa formation.

Ces croyances conceptuellement différentes devraient permettre d'identifier de manière plus précise le type de croyances particulièrement opératoires des infirmières. Pour rappel :

- la première concerne la croyance de l'infirmière en sa capacité à atteindre un objectif donné et renvoie au sentiment d'efficacité, alors que,

- la seconde concerne la croyance relative au lieu de contrôle de l’action et renvoie à la manière dont l’infirmière perçoit la responsabilité, au sens de l’action et non au sens moral, de son comportement vis-à-vis de sa formation.

En effet, comme nous l’avons présenté dans le cadre théorique de la recherche (chapitre 3), bien que Bandura ne l’introduise pas dans son modèle de relation triadique réciproque et qu’il le distingue formellement du SEP²⁹⁷, il nous a semblé important, en regard de la problématique (chapitre 1) d’explorer la manière dont l’infirmière situe le lieu de contrôle de sa formation. Cependant, au vu des questions qui y sont reliées (qui concernent la formation), nous analyserons cette croyance en regard des pratiques autoformatives au chapitre 6.

Ainsi, nous présentons maintenant les facteurs personnels des infirmières de notre échantillon relatifs aux croyances d’efficacité des infirmières, sentiment d’efficacité personnelle et sentiment d’efficacité collective en regard des caractéristiques socioprofessionnelles pour commencer. Puis, nous cherchons à identifier l’influence de celles-ci sur les pratiques professionnelles de santé et de soins.

5. III – 2. 1. Le sentiment d’efficacité personnelle des infirmières

Le SEP, pour l’ensemble de l’échantillon²⁹⁸, met en évidence son lien avec l’expérience. Une recherche effectuée selon les trois périodes de formation initiale²⁹⁹ fait apparaître d’autres caractéristiques.

5. III – 2. 1. 1 Le sentiment d’efficacité personnelle et l’expérience (diplômées 1960 à 2005)

L’expérience, traduite par l’âge d’une part et par l’année de diplôme de l’autre, met en évidence la présence d’un **SEP élevé** chez les **professionnelles expérimentées**, soit :

- **41 à 50 ans** (n=202; t=2.59; p=<0.1%; F=7.96),
- **1994** (n=18; t=2.13; p=<0.1%; F=2.19); **1982** (n=18; t=2.54); **1977** (n=21; t=4.01); **1971** (n=11; t=3.55); **1968** (n=2; t=30.32)

alors que les **jeunes diplômées** présentent à l’inverse un **SEP bas**, soit :

- **20 à 30 ans** (n=268; t=3.87; p=<0.1%; F=7.96);
- **2004** (n=33; t=3.66; p=<0.1%; F=2.19); **2003** (n=61; t=2.50); **2002** (n=54; t=2.50); **1981** (n=12; t=2.19).

Ce SEP correspond ainsi à l’expérience de maîtrise relevée comme la première source et la plus importante du SEP (BANDURA, 2003).

²⁹⁷ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d’efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 46-50.

²⁹⁸ Annexe 31.

²⁹⁹ Annexes 32 à 34.

L'analyse réalisée sur les trois périodes de formation présente des résultats significatifs uniquement en ce qui concerne les **diplômées entre 1996 et 2005**. Ces résultats concernent les variables suivantes :

- l'appartenance à une association professionnelle,
- le sexe,
- la formation projetée pour les 12 prochains mois.

Ils renvoient à une question de **statut** et d'**engagement** des infirmières, formées selon la nouvelle orientation professionnelle.

5. III – 2. 1. 2 Le sentiment d'efficacité personnelle et le statut (diplômées 1996 à 2005)

Pour ce qui est du statut, traduit par le sexe, il apparaît que parmi les jeunes diplômés, ce sont les **infirmiers** qui présentent un **SEP élevé** ($n=57$; $t=2.38$; $p=1.7\%$; $F=4.11$). Ce résultat renvoie à la question du genre et confirme les travaux relatifs à l'importance du genre dans le statut social (MARRY, C., MOSCONI, N., 2006). Il se vérifie également en formation, avec cependant des travaux d'étudiants qui sont généralement moins bons et moins réflexifs que ceux des femmes.

Ainsi, le fait que les professionnels masculins présentent ici un SEP plus élevé signifierait que le statut social, encore accordé aux hommes aujourd'hui (soutien des pairs), jouerait un rôle dans leur perception quant à leur efficacité. Bien que ce ne soit pas l'angle d'approche de notre travail, cet élément mérite d'être retenu et repris ultérieurement en fonction d'autres résultats pouvant préciser ce point de vue.

5. III – 2. 1. 3 Le sentiment d'efficacité personnelle et l'engagement (diplômées 1996 à 2005)

L'engagement s'apparente ici à l'appartenance à une association professionnelle et à la projection d'une formation.

Ainsi les infirmières **inscrites à une association professionnelle** présentent un **SEP élevé** ($n=92$; $t=2.17$; $p=2.4\%$; $F=3.75$).

Par ailleurs, les infirmières **ne projetant pas de se former** « *non sans doute pas* » présentent un **SEP bas** ($n=49$; $t=2.56$; $p=1.7\%$; $F=2.81$). A cet égard cependant, les résultats sont un peu contrastés par le SEP élevé de professionnelles qui ne projettent « *certainement pas* » de se former ($n=11$; $t=2.29$; $p=1.7\%$; $F=2.81$).

Ainsi ces résultats, qui impliquent un certain engagement dans le domaine professionnel et de formation, renforcent la théorie de l'agentivité qui envisage le sujet comme producteur de son environnement, capable de réguler ses activités et ayant prise sur sa vie. Ils mettent en lumière le rôle que l'infirmière peut jouer vis-à-vis de sa profession et rejoignent ainsi une des conclusions de la recherche relative à l'image que les infirmières ont de leur profession (DARRAS, DIERCKX de CASTERLE, MILISEN et al. 2001-2003).

En synthèse, les professionnelles spécialisées et expérimentées présentent un SEP significativement plus élevé que leurs collègues et parmi elles, les professionnelles diplômées depuis plus de 10 ans. A l’inverse, les jeunes professionnelles présentent des scores en dessous de ceux de l’ensemble de leurs collègues.

Si ces résultats ne créent pas de surprise et renvoient aux sources de construction du SEP (BANDURA, 2003), ils montrent cependant la **nécessité de penser la construction du SEP des jeunes professionnelles.**

Par ailleurs, ce score interroge la nature de ce SEP chez les professionnelles diplômées depuis plus de 10 ans entre l’expérience et l’attente de résultats de la part de l’environnement. A cet égard l’étude de Bandura et Cervone (1983) montre que les individus qui ont un objectif assigné et des feed-back quant aux résultats qu’ils obtiennent en regard de ceux-ci présentent un sentiment d’efficacité supérieur aux autres (FENOUILLET, 2003).

Autrement dit, la place de l’environnement au travers des messages explicites et implicites quant aux objectifs poursuivis et à l’atteinte de ceux-ci semble déterminer leur puissance personnelle d’agir. Ce SEP se situe alors loin du développement d’une « pratique de santé » et de l’autonomie de l’infirmière telle que nous l’avons définie : la puissance personnelle d’agir selon une « pratique de santé » au sein d’un environnement centré sur une « pratique de soins ».

5. III – 2. 2 Le sentiment d’efficacité collective des infirmières

Entre **1960 et 2005**, aucune caractéristique socioprofessionnelle ne présente un sentiment d’efficacité collective différent de celui de l’ensemble des caractéristiques socioprofessionnelles de l’échantillon³⁰⁰ (analyse de la variance).

Le **SEC** apparaît uniquement chez les **sages-femmes** diplômées entre **1960 et 1985**³⁰¹ (n=28 ; t=1.98 ; p=4.9% ; F=2.12). A l’inverse, il est bas chez les professionnelles diplômées de la même période et travaillant depuis 1 an à 3 ans dans une même fonction (n=26 ; t=3.13 ; p=2.7% ; F=2.80).

Ce score bas interroge la dynamique d’équipe et la possibilité de son développement en regard de la durée de vie des équipes (*turnover* élevé) et de son encadrement.

Ainsi, le SEC qui concerne la croyance d’un individu en la capacité de son équipe à atteindre un objectif défini apparaît chez un seul groupe de professionnelles : les sages-femmes diplômées entre 1960-1985.

La présence d’un SEC chez ce seul groupe professionnel interroge d’autant plus que les sages-femmes sont appelées à travailler la plupart du temps individuellement. Cependant, les caractéristiques de ce groupe renvoient probablement d’une part à l’expérience de maîtrise en regard de la période de leur formation initiale et d’autre part à la visibilité de l’exercice professionnel chez les pairs et au sein de l’institution. En

³⁰⁰ Annexe 35.

³⁰¹ Annexe 36.

effet, cette expérience de maîtrise est facilement identifiable pour chacune et par chacune des sages-femmes, ce qui expliquerait un SEC qui renvoie alors à la capacité de ce groupe à valoriser l'expérience du groupe. Cependant, ce SEC n'apparaît plus significativement pour les diplômées entre 1986 et 2005.

En miroir, ce résultat met en évidence la quasi absence de SEC chez les infirmières de l'ensemble de l'échantillon et confirme une réalité qui fait probablement obstacle à leur agentivité. En effet, la multiplicité des fonctions hiérarchiques au sein de la profession (IA, ASSC, infirmière), le flou lié à leurs activités respectives, le manque de visibilité de l'expertise de chacune d'entre elles peuvent expliquer cette absence de SEC.

Ce faisant, ce résultat lié d'une part à la présence d'un SEC élevé chez les sages-femmes et d'autre part à l'absence d'un SEC auprès de l'ensemble des autres professionnelles confirme l'intérêt du développement d'un SEC des infirmières en vue de l'atteinte d'une performance du groupe. Le SEC étant lui aussi contingent, il est intéressant comme pour le SEP ci-dessus d'effectuer les analyses de régression qui permettent d'identifier les activités que celui-ci est susceptible d'influencer.

En synthèse, le SEC est absent statistiquement chez l'ensemble des professionnelles de notre échantillon hormis le groupe de sages-femmes (diplômées 1960 à 1985). Ce score pourrait en partie s'expliquer par la multiplication des niveaux hiérarchiques au sein de la même profession.

Cependant, si ce SEC s'avère peu présent de manière générale chez les infirmières, l'exploration des liens entre SEP et SEC³⁰² montre que la présence d'un SEP élevé chez les différents groupes correspond à une corrélation significative entre le SEP et le SEC pour ces mêmes groupes (IS³⁰³ et sages-femmes³⁰⁴). De plus, le groupe de cliniciennes³⁰⁵ qui privilégie une « pratique de santé »³⁰⁶ présente également une corrélation positive entre le SEP et le SEC.

Le tableau ci-dessous présente une vision synoptique et synthétique des caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières en regard de leur sentiment d'efficacité dans ses dimensions personnelle et collective. Il est construit à partir des résultats significatifs (analyse de la variance) relatifs au SEP³⁰⁷ et au SEC³⁰⁸ de notre échantillon. Il présente les résultats issus de l'échantillon global en les considérant dans leur ensemble d'une part et selon les trois périodes de formation d'autre part, à savoir 1960 à 1985³⁰⁹, 1986 à 1995³¹⁰ et 1996 à 2005³¹¹.

³⁰² Annexes 39 à 40.

³⁰³ Annexe 39a.

³⁰⁴ Annexe 39c.

³⁰⁵ Annexe 39b.

³⁰⁶ Annexe 23.

³⁰⁷ Annexe 31.

³⁰⁸ Annexe 35.

³⁰⁹ Annexes 32 et 36.

³¹⁰ Annexes 33 et 37.

³¹¹ Annexes 34 et 38.

Tableau 20 – Le sentiment d'efficacité des infirmières hospitalières (analyse de la variance)

Année de diplôme	1960 à 2005 (n=841)	1960 à 1985 (n=236)	1986 à 1995 (n=223)	1996 à 2005 (n=377)
Facteurs personnels				
Sentiment d'efficacité personnelle	<i>IS</i> (n=214; t=2.43; p<0.1%; F=5.13); <i>plus de 10 ans dans le même service</i> (n=171; t=2.91; p<0.1%; F=8.58) <i>et la même fonction</i> (n=238; t=2.15; p=2.6%; F=2.56); <i>Canada</i> (n=87; t=2.00; p<0.1%; F=4.65); <i>"autre" pays</i> (n=84; t=2.58; p<0.1%; F=4.65); <i>41 à 50 ans</i> (n=202; t=2.59; p<0.1%; F=7.96); <i>1994</i> (n=18; t=2.13; p<0.1%; F=2.19); <i>1982</i> (n=18; t=2.54); <i>1977</i> (n=21; t=4.01); <i>1971</i> (n=11; t=3.55); <i>1968</i> (n=2; t=30.32)		formée en Belgique (n=9; t=1.99; p=0.3%; F=3.69)	plus de 3 ans à 10 ans (n=120; t=2.45; p<0.1%; F=6.18) <i>et plus de 10 ans</i> (n=3; t=4.78; p<0.1%; F=6.18) <i>dans le même service</i> ; <i>inscrite à une association professionnelle</i> (n=92; t=2.17; p=2.4%; F=3.75); <i>masculin 2005</i> (n=57; t=2.38; p=1.7%; F=4.11); <i>ne projette certainement pas de se former</i> (n=11; t=2.29; p=1.7%; F=2.81).
	<i>ID</i> (n=526; t=2.39; p<0.1%; F=5.13); <i>plus de 3 mois à 1 an dans le même service</i> (n=113; t=3.93; p<0.1%; F=8.58) <i>et la même fonction</i> (n=58; t=2.13; p=2.6%; F=2.56); <i>20 à 30 ans</i> (n=268; t=3.87; p<0.1%; F=7.96); <i>formée à l'école de Sion</i> (n=14; t=2.15; p=3.2%; F=2.04); <i>2004</i> (n=33; t=3.66; p<0.1%; F=2.19); <i>2003</i> (n=61; t=2.50); <i>2002</i> (n=54; t= 2.50); <i>1981</i> (n=12; t=2.19)			<i>plus de 3 mois à 1 an dans le même service</i> (n=85; t=2.78; p<0.1%; F=6.18); <i>ne projette sans doute pas de se former</i> (n=49; t=2.56; p=1.7%; F=2.81)
Sentiment d'efficacité collective		sage-femme (n=28; t=1.98; p=4.9%; F=2.12).		
		<i>plus de 1 an à 3 ans dans le même fonction</i> (n=26; t=3.13; p=2.7%; F=2.80)		
Les modalités correspondent à une moyenne significativement différente de celle de l'ensemble de l'échantillon au seuil de 5%. Les modalités en caractère normal (bleu) significativement en dessus et les modalités en caractères italiques (rouge) significativement en dessous. Les chiffres entre parenthèses correspondent à la moyenne (test t) pour chacune des modalités.				

5. III – 2. 3 L'influence du sentiment d'efficacité sur les pratiques professionnelles

La question relative à l'influence des facteurs personnels (SEP, SEC) sur la « pratique de santé » a fait l'objet d'un traitement statistique par régression logistique ordonnée³¹².

Afin de vérifier cette inférence, l'ensemble des facteurs personnels (variables socioprofessionnelles et croyances des infirmières) ont été considérés ensemble. Par ailleurs et au vu des résultats relatifs au groupe de cliniciennes présentés ci-dessus, la

³¹² Annexe 89.

variable « spécialisation » a été traitée selon deux approches. Une première approche a pris en considération les différentes modalités de cette variable avec pour référence la plus relationnelle d'entre elles³¹³ et une seconde approche a pris en considération l'ensemble des spécialisations et la spécialisation clinique (posée en référence).

L'analyse des résultats confirme les analyses de variance tout en précisant l'ensemble des caractéristiques de la « pratique de santé » en regard de la « pratique de soins ».

Ainsi, le tableau ci-dessous présente la régression logistique ordonnée des variables indépendantes (socioprofessionnelles, SEP, SEC) sur chacune des 4 variables dépendantes (variables discrètes ou catégorielles) relatives aux pratiques professionnelles des infirmières³¹⁴, **soit le « service rendu » à/au :**

- l'institution,
- corps médical,
- la personne soignée,
- la fonction intermédiaire culturelle³¹⁵.

³¹³ Annexe 90.

³¹⁴ L'ensemble des activités qui visent : « ...d'une part à améliorer les conditions favorisant le développement de la santé en vue de prévenir, limiter la maladie, et d'autre part par rapport à tout ce qui revitalise quelqu'un lorsqu'il est malade » COLLIERE, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris: InterEditions. p. 293 organisées selon le modèle de médiologie de la santé, NADOT, M. (2002). *Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline*. In Perspective soignante (Vol. no 13, pp. p. 29 à 86). Paris: Seli Arslan. Ce modèle présente l'activité soignante au service de trois cultures (institution, corps médical, patient) au travers d'une fonction d'intermédiaire culturelle.

³¹⁵ Pour chacune des dimensions de la pratique (institution, corps médical patient et intermédiaire culturelle), seul le modèle statistique le plus pertinent (le 4^e), correspondant au modèle statistique incluant l'ensemble des variables indépendantes, est présenté.

La régression « pas à pas » est présentée pour chacune des dimensions de la pratique (institution, corps médical patient et intermédiaire culturelle) en annexe 91 à 98.

Tableau 21 – Régression des facteurs personnels de l’infirmière sur les dimensions de sa pratique professionnelle

<i>Variables dépendantes</i>	Institution 4 ^e modèle	Corps médical 4 ^e modèle	Patient 4 ^e modèle	Intermédiaire culturelle 4 ^e modèle
<i>Variables indépendantes</i> ³¹⁶				
SEP	-0.018 (-0.97)	-0.026 (-1.38)	-0.019 (-1.05)	0.059 *** (3.21)
SEC	0.025 (1.60)	0.012 (0.83)	-0.005 (-0.37)	-0.034 ** (-2.18)
Contrôle interne	-0.033 (-1.47)	-0.011 (-0.54)	0.040 * (1.81)	-0.008 (-0.37)
Contrôle externe	0.111 *** (3.54)	0.031 (1.00)	-0.081 *** (-2.67)	-0.013 (-0.42)
Durée dans service (réf. : la plus longue)	0.029 (0.38)	0.012 (0.16)	-0.197 *** (-2.57)	0.166 ** (2.17)
Fonction (réf. la plus hiérarchique)	0.462 *** (6.26)	-0.425 *** (-5.87)	-0.420 *** (-5.98)	0.383 *** (5.49)
Durée dans fonction (réf. : la plus longue)	0.002 (0.05)	0.032 (0.69)	-0.037 (-0.80)	0.018 (0.40)
Spécialisation (réf. : la plus relationnelle)	-0.097 *** (-2.67)	0.003 (0.10)	0.027 (0.78)	0.047 (1.33)
Pourcentage de travail (réf. : le plus grand %)	0.231 ** (2.24)	-0.154 (-1.44)	-0.130 (-1.27)	0.058 (0.56)
Lieu de formation (réf. : le plus près du CHUV)	-0.147 *** (-3.04)	-0.185 *** (-3.71)	0.119 *** (2.56)	0.091 * (1.95)
Membre dans association (réf. : oui=1)	-0.140 (-0.92)	-0.270 * (-1.70)	-0.084 (-0.56)	0.474 *** (3.08)
Active dans association (réf. : oui=1)	-0.267 (-0.96)	-0.479 * (-1.69)	0.663 *** (2.53)	-0.362 (-1.30)
Age : 20 à 30 ans (réf. = 1 si 20 à 30 ans)	-0.213 (-0.30)	0.273 (0.38)	-0.768 (-1.05)	1.061 (1.60)
Age : 31 à 40 ans (réf. = 1 si 31 à 40 ans)	0.098 (0.14)	0.176 (0.25)	-0.507 (-0.70)	0.617 (0.94)
Age : 41 à 50 ans (réf. = 1 si 41 à 50 ans)	0.164 (0.24)	-0.114 (-0.16)	-0.090 (-0.13)	0.276 (0.42)
Age : 51 à 60 ans (réf. = 1 si 51 à 60 ans)	0.407 (0.58)	-0.333 (-0.46)	0.012 (0.02)	0.047 (0.07)
Sexe (réf. : F=1)	0.184 (1.05)	0.048 (0.27)	-0.321 * (-1.83)	0.215 (1.20)
Temps formation (réf. : le plus de jours)	-0.070 (-0.97)	-0.044 (-0.59)	0.006 (0.10)	0.086 (1.18)
Formation projetée (réf. : la plus certaine)	0.038 (0.66)	-0.039 (-0.64)	0.047 (0.81)	-0.044 (-0.76)
khi2 ³¹⁷	0.000	0.000	0.000	0.000

A partir des données de ce tableau, chacun des profils correspondant à une « pratique de santé » (identifié au travers du « *service rendu au patient* ») et à une « pratique de soins » (identifiés au travers de « *services rendus à l’institution et au corps médical* » ainsi que la « *fonction d’intermédiaire culturelle* ») sont présentés ci-après.

³¹⁶ Variables explicatives

³¹⁷ khi2 correspond ici aux régressions logistiques ordonnées. L’hypothèse jointe que toutes les variables ensemble sont égales à zéro. Cette hypothèse est rejetée lorsque la valeur khi2 est inférieure à 5%.

5. III – 2. 3. 1 La « pratique de santé »

Ainsi il apparaît que :

- une formation de base réalisée à proximité du CHUV***³¹⁸,
- une activité dans une association professionnelle** augmentent la probabilité de développer le « *service rendu au patient* ».

Alors que :

- *un contrôle externe sur sa formation***,*
- *une fonction hiérarchique***,*
- *une durée de travail dans le même service*** diminuent la probabilité de développer le « service rendu au patient ».*

Ainsi, la « pratique de santé » est privilégiée par les professionnelles ayant réalisé leur formation initiale à proximité du CHUV, ayant une activité dans une association professionnelle, un contrôle externe faible, une fonction d'ID et qui travaillent depuis peu de temps dans le même service.

L'analyse faite avec la recherche d'un effet « clinicienne » (tableau 22)³¹⁹, outre les caractéristiques susmentionnées, met en évidence au travers du « *service rendu au patient* » que :

- l'infirmière « clinicienne »***,
- la tranche d'âge entre 41 et 60 ans*** augmentent la probabilité de développer une « *pratique de santé* ».

Alors que les caractéristiques qui diminuent la probabilité de développer un « service rendu au patient » restent les mêmes.

Ces résultats confirment l'analyse de variance. Ils sont particulièrement intéressants puisque ce groupe de cliniciennes est le seul sur l'ensemble de l'échantillon à privilégier cette « *pratique de santé* ».

Cependant, il faut relever que le SEP ne présente pas d'effet sur cette « pratique de santé » ni pour le groupe de cliniciennes ni pour celui des infirmières diplômées susmentionnées.

5. III – 2. 3. 2 La « pratique de soins »

En ce qui concerne le « **service rendu à l'institution** »,

il apparaît que :

- le contrôle externe sur la formation***,
- une fonction hiérarchique***,
- un pourcentage de travail élevé** augmentent la probabilité de développer ce service.

Alors que :

- *une formation de base réalisée à proximité du CHUV***,*
- *une spécialisation de type relationnel** diminuent la probabilité de le développer.*

³¹⁸ Le nombre de * indique le niveau de significativité : *** 1% (> 2.50) ; ** 5% (> 1.96) ; * 10% (> 1.65) et correspond, dans le tableau, aux chiffres entre parenthèses indiquant la valeur de « t » student.

³¹⁹ Annexe 96.

Le « service rendu à l’institution » est privilégié par des professionnelles qui ont un contrôle externe élevé, une fonction hiérarchique élevée et un pourcentage de travail élevé. Elles ont une spécialisation de type technique et ont réalisé leur formation initiale loin du CHUV.

En ce qui concerne le « **service rendu au corps médical** », il apparaît que :

- *une fonction hiérarchique***,*
- *une formation de base a été réalisée à proximité du CHUV***, diminuent la probabilité de développer un « service du corps médical ».*

Le « service rendu au corps médical » est ainsi privilégié par des infirmières diplômées ayant été formées loin du CHUV.

En ce qui concerne la « **fonction d’intermédiaire culturelle** », il apparaît que :

- *un sentiment d’efficacité personnelle élevé***,*
- *une fonction hiérarchique***,*
- *l’appartenance à une association professionnelle***,*
- *la durée de travail dans le même service** augmentent la probabilité de développer la « fonction d’intermédiaire culturelle ».*

Alors que :

- *un sentiment d’efficacité collective élevé** diminue la probabilité de développer cette fonction.*

La « fonction d’intermédiaire culturelle » est privilégiée par des professionnelles qui ont un SEP élevé et un SEC faible, une fonction hiérarchique élevée, qui sont inscrites à une association professionnelle et qui travaillent depuis longtemps dans le même service.

Les différences concernant cette « pratique de soins » avec un effet dû aux cliniciennes (régression) sont les suivantes (détail tableau 22)³²⁰ :

- *la tranche d’âge entre 51 et 60 ans augmente la probabilité de développer le « service rendu à l’institution »*** alors qu’elle diminue la probabilité de développer le « service rendu au corps médical »***,*
- *une formation de base réalisée à proximité du CHUV augmente la probabilité de développer la « fonction d’intermédiaire culturelle »**,*
- *la tranche d’âge entre 31 et 40 ans** et celle entre 41 et 51 ans diminuent la probabilité de développer une « fonction d’intermédiaire culturelle »***.*

Ces résultats confirment ceux obtenus par les analyses de variance. Ils précisent néanmoins le profil des professionnelles en regard des pratiques privilégiées et enrichissent par conséquent notre analyse.

Ainsi, il apparaît que **le SEP augmente la « pratique de soins »**. Ce qui signifierait que cette « pratique de soins », privilégiée par les cadres intermédiaires et par les IS dans leur ensemble, correspond bel et bien à l’attente de l’institution, c’est-à-dire qu’elle

³²⁰ Annexes 92, 94 et 98.

représente l'objectif défini que ces professionnelles pensent pouvoir atteindre. **L'environnement déterminerait alors ici le type de pratique développée.** Si tel est le cas, il paraît important de distinguer ces deux types de pratiques au sein de l'institution pour pouvoir les développer simultanément et pour répondre de manière pertinente aux besoins en santé de la population tout en assurant des soins de qualité.

Tableau 22 – Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur ses pratiques professionnelles avec "effet clinicienne"

<i>Variables dépendantes</i>	Institution 4 ^e modèle	Corps médical 4 ^e modèle	Patient 4 ^e modèle	Intermédiaire culturelle 4 ^e modèle
<i>Variables indépendantes</i> ³²¹				
SEP	-0.020 (-1.05)	-0.026 (-1.34)	-0.020 (-1.07)	0.061 *** (3.31)
SEC	0.025 (1.58)	0.012 (0.77)	-0.004 (-0.29)	-0.035 ** (-2.24)
Contrôle interne	-0.035 (-1.52)	-0.013 (-0.57)	0.043 * (1.91)	-0.009 (-0.40)
Contrôle externe	0.109 *** (3.46)	0.034 (1.07)	-0.083 *** (-2.72)	-0.008 (-0.27)
Durée dans service (réf. : la plus longue)	0.013 (0.17)	0.018 (0.23)	-0.206 *** (-2.70)	0.185 ** (2.43)
Fonction (réf. = la plus hiérarchique)	0.431 *** (5.93)	-0.426 *** (-5.94)	-0.422 *** (-6.08)	0.403 *** (5.84)
Durée dans fonction (réf. : la plus longue)	-0.001 (-0.01)	0.029 (0.61)	-0.030 (-0.65)	0.014 (0.30)
Clinicienne (réf. : clinicienne=1)	-0.708 * (-1.70)	-0.515 (-1.31)	1.215 *** (3.17)	-0.627 (-1.59)
Pourcentage de travail (réf. : le plus grand %)	0.244 ** (2.37)	-0.147 (-1.37)	-0.147 (-1.43)	0.067 (0.65)
Lieu de formation (réf. : le plus près du CHUV)	-0.138 *** (-2.84)	-0.178 *** (-3.56)	0.107*** (2.28)	0.099 ** (2.13)
Membre dans association (réf. : oui =1)	-0.134 (-0.87)	-0.259 (-1.63)	-0.105 (-0.70)	0.507 *** (3.27)
Active dans association (réf. : oui=1)	-0.269 (-0.96)	-0.441 * (-1.55)	0.568 ** (2.15)	-0.279 (-1.00)
Age : 31 à 40 ans (réf. = 1 si 31 à 40 ans)	0.281 (1.62)	-0.093 (-0.53)	0.259 (1.51)	-0.415 ** (-2.41)
Age : 41 à 50 ans (réf. = 1 si 41 à 50 ans)	0.354 * (1.71)	-0.374 * (-1.81)	0.659 *** (3.18)	-0.741 *** (-3.61)
Age : 51 à 60 ans (réf. = 1 si 51 à 60 ans)	0.621 *** (2.56)	-0.608 ** (-2.44)	0.772 *** (3.19)	-1.018 *** (-4.21)
Age : plus de 60 ans (réf. = 1 si plus de 60 ans)	0.248 (0.35)	-0.278 (-0.38)	0.783 (1.08)	-1.094 (-1.64)
Sexe (réf. : F=1)	0.143 (0.81)	0.055 (0.31)	-0.341 ** (-1.96)	0.253 (1.41)
Temps formation (réf. : le plus de jours)	-0.078 (-1.07)	-0.044 (-0.58)	0.006 (0.09)	0.086 (1.17)
Formation projetée (réf. : la plus certaine)	0.033 (0.56)	-0.038 (-0.62)	0.045 (0.77)	-0.039 (-0.66)
khi2 ³²²	0.000	0.000	0.000	0.000

³²¹ Variables explicatives.

³²² khi2 correspond ici aux régressions logistiques ordonnées L'hypothèse jointe que toutes les variables ensembles sont égales à zéro. Cette hypothèse est rejetée lorsque la valeur khi2 est inférieure à 5%.

Par ailleurs, le SEC diminue quant à lui statistiquement cette « pratique de soins », comment comprendre cela ?

La croyance de l'infirmière selon laquelle son équipe de travail (infirmière) atteint les objectifs fixés par l'institution, semble ainsi diminuer sa « pratique de soins ». Autrement dit, un SEC, peu présent chez les professionnelles comme nous venons de le voir, serait susceptible de diminuer une « pratique de soins » au profit potentiel d'une « pratique de santé ». Ce qui pourrait signifier que lorsque les professionnelles ont un SEC élevé, elles pourraient individuellement orienter leur pratique professionnelle vers une « pratique de santé ».

La construction d'un SEC représenterait alors dans ce cas un levier très intéressant pour la réorientation professionnelle vers une « pratique de santé ». Cependant, si l'on considère les liens entre SEP et SEC présentés auparavant, la construction de ce SEC s'appuie sur celle d'un SEP.

Ainsi après la mise en évidence de l'absence d'influence du SEP sur la « pratique de santé », qui infirme le premier volet de notre hypothèse, et face à cette perspective d'un SEC qui contribuerait à une « pratique de santé », nous proposons d'explorer les différentes modalités de la « pratique de santé » de chacun des groupes qui la privilégie. Cette recherche devrait permettre de mieux saisir, en l'absence d'un SEP, les facteurs qui privilégient une « pratique de santé ».

5. III – 3 Une orientation commune et des développements différents

Une troisième partie présente les caractéristiques d'une « pratique de santé » et ses leviers. En l'absence de SEP, l'analyse statistique met en évidence des facteurs personnels d'une autre nature qui sous-tendent une « pratique de santé ».

Les trois modalités qui renvoient à la « pratique de santé » dans notre questionnaire concernent toutes les trois une centration sur la personne du patient et sur sa santé. Leurs libellés, s'ils ne présentent pas explicitement la centration sur la manière dont le patient définit sa santé, renvoient de fait à la définition qu'en donne le patient.

En effet, « *je cherche avec le patient à promouvoir sa santé* », « *je m'implique personnellement dans la relation avec le patient* » et « *je définis avec le patient un projet de soin et les moyens de le mettre en œuvre* », appellent une prise en compte de la manière dont le patient conçoit sa santé.

Cependant, si les deux premières modalités, bien que claires dans l'intention, renvoient plus à une valeur et une orientation sans qu'il soit possible d'identifier leur concrétisation, la troisième rend compte d'une approche plus concrète et finalisée. Elle suppose des outils et des connaissances liées à la santé, à la communication, à l'éducation, à la physiopathologie. L'ensemble de ces connaissances sont nécessaires à l'infirmière pour développer sa capacité à réaliser un « jugement clinique »³²³ en

³²³ « Le jugement clinique combine le savoir théorique d'une infirmière à la connaissance particulière d'une personne soignée » GADOW (1995) cité par DALLAIRE, C. (2002). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal: Gaëtan Morin, p. 86.

soulignant toutefois que celui-ci doit être effectué à partir de la définition de la santé du patient et non de l'infirmière selon notre définition d'une « pratique de santé ». Par conséquent, cette capacité et les connaissances qu'elle sous-tend exigent une formation approfondie dans le domaine de la santé.

Il est alors intéressant de distinguer les résultats de ces trois modalités en regard des professionnelles privilégiant cette « pratique de santé »³²⁴. Ainsi, le tableau ci-dessous présente la proportion des réponses relatives aux comportements le plus souvent développés et à ceux le moins souvent développés pour chacun des groupes privilégiant une « pratique de santé ».

Tableau 23 – Détail de la « pratique de santé » privilégiée

Pratique de santé					
		Echantillon		1986 à 1995	
"service rendu au patient"		Cliniciennes (n=23)	"autre" spécialisations (n=54)	ID (n=108)	SF (n=10)
Je cherche avec le patient à promouvoir sa santé	le plus	30.4%	16.7%	25.0%	20.0%
	le moins	17.4%	16.7%	22.2%	10.0%
Je m'implique personnellement dans la relation avec le patient	le plus	30.4%	33.3%	31.5%	60.0%
	le moins	30.4%	38.9%	40.7%	30.0%
Je définis avec le patient un projet de soin et les moyens de le mettre en œuvre	le plus	47.8%	33.3%	25.0%	0.0%
	le moins	30.4%	35.2%	38.0%	30.0%

5. III – 3. 1 La « pratique de santé » des cliniciennes

Il apparaît que parmi ces groupes, celui des **cliniciennes** développe le plus la première et la troisième modalité³²⁵, la deuxième étant aussi souvent privilégiée que non privilégiée.

Ce groupe de cliniciennes présente par ailleurs des pratiques autoformatives significativement supérieures à la moyenne de l'ensemble de l'échantillon ($t=2.62$; $F=3.61$; $p=0.3\%$), et parmi elles, deux sont significativement plus élevées pour les cliniciennes diplômées entre 1996 et 2005, à savoir :

- l'analyse avec aide ($t=8.39$; $F=2.98$; $p=1.1\%$),
- l'appel à expert ($t=3.83$; $F=2.25$; $p=4.5\%$)³²⁶.

Aucune valeur significative n'apparaît pour le SEP, le SEC et le contrôle externe. Alors que le contrôle interne présente un score significatif ($t=1.91$) au seuil de 10% dans le 4^e modèle de régression avec « effet clinicienne ».

³²⁴ Détail de chacun des groupes : annexes 41 à 44.

³²⁵ Annexe 41.

³²⁶ Chapitre 6.

Les trois modalités de la « pratique de santé » correspondant aux comportements le plus souvent et le moins souvent développé par les cliniciennes sont soit également réparties (pour la deuxième) soit plus importantes en ce qui concerne les comportements les plus développés.

Ces résultats mettent en évidence à la fois une orientation santé (promotion de la santé) et sa mise en œuvre (la définition avec le patient d’un projet de soins et des moyens de sa mise en œuvre). L’expérience professionnelle (plus de 10 ans dans le même service) et de vie (41 à 50 ans) doublée d’une formation récente (1 à 3 ans) centrée sur l’approfondissement de la santé à partir de cette expérience et de leurs activités amènent ces professionnelles à déployer une « pratique de santé » doublée d’une pratique autoformatrice. Cependant, l’absence de sentiment d’efficacité liée à cette pratique interroge alors que ces professionnelles présentent bien une agentivité telle que nous l’avons définie, soit une puissance personnelle d’agir en regard d’une « pratique de santé ».

5. III – 3. 2 La « pratique de santé » du groupe « autre » spécialisation

Le groupe des professionnelles ayant coché la modalité « **autre** » de la variable **spécialisation** ne privilégie aucune des trois modalités de la « pratique de santé »³²⁷ et ceci bien que ce groupe présente une valeur significativement au-dessus de la moyenne de l’ensemble de l’échantillon pour cette dernière ($t=3.19$; $F=9.19$; $p<0.1\%$).

Ces professionnelles présentent par ailleurs une « pratique de soins » non privilégiée (au travers du « service rendu à l’institution » ; $t=2.23$; $F=4.32$; $p<0.1\%$) et des pratiques autoformatives plus élevées que l’ensemble de l’échantillon ($t=3.04$; $F=3.72$; $p<0.1\%$).

Ce groupe de professionnelles, issu comme celui des cliniciennes de l’ensemble de l’échantillon, présente des choix plus fréquents relatifs aux modalités les moins développées. Il ne présente par conséquent pas d’intérêt particulier, hors du score global qui montre que ce groupe privilégie une « pratique de santé ».

5. III – 3. 3 La « pratique de santé » des ID diplômées entre 1986 et 1995

Le **groupe des ID diplômées entre 1986 et 1995** privilégie la modalité relative à la promotion de la santé³²⁸.

Ces professionnelles n’ont pour la plupart pas de spécialisation³²⁹ et présentent des pratiques autoformatives plus basses que celles de l’ensemble de leurs collègues ($t=1.99$; $F=2.69$; $p=2.2\%$) et parmi ces pratiques la recherche documentaire ($t=2.31$; $F=3.98$; $p=0.2\%$). Par ailleurs, ces professionnelles ne présentent aucune valeur statistiquement significative relative au SEP, au SEC, au contrôle interne et externe.

Ce profil permet de penser que l’expérience professionnelle (plus de 10 ans dans la même fonction) liée à leur pratique doublée d’une expérience liée à la vie (31 à 40 ans)

³²⁷ Annexe 42.

³²⁸ Annexe 43.

³²⁹ A l’exception de 6 professionnelles qui mentionnent une spécialisation (2 cliniciennes, 1 soins intensifs, 1 soins d’urgence, 1 domaine opératoire et une autre spécialisation).

les amène à développer et à promouvoir des valeurs de promotion de la santé. Leur approche du patient s'en trouve probablement modifiée. Elle s'appuie sur leur intuition sans toutefois leur permettre de développer une expertise dans le domaine de la santé. En effet, celle-ci nécessite plus de connaissances et de compétences qui leur permettraient alors de définir un projet de soins avec le patient et les moyens de le mettre en œuvre. Or, il a été relevé que plus de la moitié de ces professionnelles ont effectué moins de 3 jours de formation lors des 12 derniers mois.

L'absence d'un SEP significatif vis-à-vis de cette « pratique de santé » peut s'expliquer par la position de ces professionnelles au sein de l'organisation et par l'absence d'une formation post diplôme. Cette situation est éclairée par le commentaire suivant :

« ...la tâche, la position dans l'organisation et le comportement adopté par une personne sont déterminés par l'environnement organisationnel, bien que toute personne conserve une certaine latitude. Trois éléments de l'organisation vont particulièrement influencer sur le comportement, soit les possibilités de cheminement de carrière, la structure de pouvoir et la proportion de chaque type de travailleurs dans l'organisation (*social composition of peer clusters*)³³⁰. Selon cette perspective théorique, les personnes qui ont peu de possibilités d'avancement dans leur carrière à l'intérieur d'une organisation limitent leurs aspirations, ne souhaitent pas accroître leurs responsabilités ni leur participation. Elles ont une estime d'elles-mêmes plus faible et sous-évaluent leurs compétences »³³¹.

En effet, les pratiques de ces professionnelles sont isolées au sein de leur équipe (2 à 3 professionnelles dans chaque unité de base) qui, elle, privilégie une « pratique de soins » (76.80%) augmentée par un SEP comme nous venons de le voir.

De plus, en ce qui concerne leur formation, il est possible d'imaginer que ces professionnelles ont construit une famille (87.04% de femmes, soit 4.07% de plus que la moyenne de l'échantillon) et ne souhaitent pas ou ne peuvent pas investir dans une formation formelle en plus de leur activité professionnelle. Par ailleurs, elles ont été formées selon un modèle médical de santé (plus de 10 ans de diplôme) au travers d'une logique d'enseignement qui ne les engage probablement pas à poursuivre leur formation continue (56.48% ont réalisé moins de 3 jours de formation durant les 12 derniers mois). Elles ignorent donc les nouvelles approches de formation dont elles n'ont pas l'expérience.

Enfin, cette valeur « santé » privilégiée, bien que certainement très forte, n'étant pas étayée théoriquement et exploitée consciemment et explicitement, renvoie probablement ces professionnelles à une approche qu'elles perçoivent comme illicite et/ou à bien plaisir (PIGUET, 2002). Autrement dit, la valeur perçue de cette « pratique de santé », bien que fortement investie au niveau des représentations, n'apparaît pas clairement. Aucun positionnement lié à cette « pratique de santé » ne peut de ce fait émerger.

³³⁰ KANTER (1977) in DALLAIRE, C. (2002). Le sens politique en soins infirmiers. In DALLAIRE, C., GOULET, O. (dir.). (2002). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur. p. 204.

³³¹ DALLAIRE, C. (2002). Le sens politique en soins infirmiers. In DALLAIRE, C., GOULET, O. (dir.). (2002). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur. p. 204.

L'intérêt d'une formation semble alors d'autant plus évident qu'elle paraît éloignée chez ces professionnelles. En effet, une formation centrée sur leur apprentissage devrait leur permettre de situer leurs points de vue en regard d'autres approches et asseoir ainsi un positionnement professionnel explicite. Elle devrait également leur permettre de changer de type de représentations quant à la formation et à l'apprentissage.

Ce groupe de professionnelles représente par conséquent une ressource indéniable de par l'orientation santé qu'elles privilégient auprès du patient et de par leur nombre, soit un peu plus de 10% de l'échantillon.

5. III – 3. 4 La « pratique de santé » des sages-femmes diplômées entre 1986 et 1995

Les **sages-femmes diplômées entre 1986 et 1995** privilégient aussi la « pratique de santé » ($t=2.44$; $F=5.28$; $p<0.1\%$), peu nombreuses il est vrai ($n=10$), elles montrent un profil encore différent. Elles privilégient la promotion de la santé et l'implication personnelle³³². Par contre, la question de la construction d'un projet n'est pas présente, probablement de par le type d'accompagnement dans un secteur très spécifique de la santé.

Par ailleurs, elles ne présentent aucune valeur significative relative au SEP, au SEC, au contrôle interne, au contrôle externe et aux pratiques autoformatives.

Les sages-femmes diplômées entre 1986 et 1995 privilégient leur implication personnelle dans la relation avec les patientes et la promotion de la santé. La définition avec le patient d'un projet de soin et les moyens de le mettre en œuvre est quant à lui absent. Ce résultat correspond à la nature de leur activité (naissance), cependant, il questionne la place faite à la mère et aux parents quant à leur projet lié à cet événement.

En synthèse, la « pratique de santé » fait apparaître deux dimensions, une relative à son orientation liée aux représentations de la santé des professionnelles elles-mêmes et une autre relative à sa concrétisation liée à une formation spécialisée (clinicienne et sage-femme).

En conclusion, si le sentiment d'efficacité ne semble pas jouer de rôle en regard du choix de cette « pratique de santé », c'est alors les représentations des professionnelles quant à la santé qui semblent sous-tendre et orienter leur choix. Autrement dit, la valeur que chacune des professionnelles attribue à une des deux orientations qui est à la base de sa pratique professionnelle l'amène à privilégier une « pratique de santé » ou une « pratique de soins ».

En résumé ...

L'influence des facteurs personnels sur les pratiques professionnelles met en évidence que le SEP augmente une « pratique de soins ».

³³² Annexe 44.

Par ailleurs, l'orientation commune des professionnelles privilégiant une « pratique de santé » fait émerger, en l'absence de l'influence du SEP, l'importance de la valeur attribuée à cette pratique par les infirmières. Ces résultats infirment ainsi le premier volet de notre hypothèse.

Ils soulignent la place de l'environnement et de ses priorités dans l'orientation de la pratique professionnelle des infirmières simultanément à l'importance des facteurs personnels des infirmières.

5. IV – Conclusion

L'analyse des résultats cherchant à vérifier le premier volet de notre hypothèse, soit que les facteurs personnels de l'infirmière contribuent à son agentivité centrée sur une « pratique de santé », permettent de préciser la nature des facteurs personnels en jeu.

Ainsi, il s'avère que le sentiment d'efficacité personnelle des infirmières augmente le développement d'une « pratique de soins » et non celui d'une « pratique de santé » selon notre hypothèse.

La recherche plus fine des caractéristiques d'une « pratique de santé » privilégiée montre que la valeur attribuée à celle-ci par les professionnelles semble déterminer leur choix. Ainsi, elle se rapproche des travaux de Deci & Ryan relatifs à l'autodétermination (VALLERAND, R., THILL, E., 1993). Elle renvoie également à la définition donnée par Kant de « l'agir selon sa propre loi » (MORFAUX, L.-M. (1999, 1st ed 1988).

Ces résultats permettent de préciser la nature de l'autonomie des professionnelles concernées.

En effet, *l'agentivité professionnelle de l'infirmière* qui se déploie au travers du SEP vis-à-vis d'une « pratique de soins » renvoie à la **puissance personnelle d'agir des infirmières selon un objectif donné**. Celui-ci concerne ici le développement d'une « pratique de soins » en regard des attentes principales de l'institution, notamment au travers de son organisation.

Alors que le développement d'une « pratique de santé » concerne la puissance personnelle d'agir des infirmières selon la valeur attribuée par elles dans un contexte donné. Elle renvoie à son autonomie au sein de sa pratique.

Ainsi, l'autonomie telle que nous l'avons définie (chapitre 3) puis recherchée au travers de l'ensemble du dispositif concernait la puissance personnelle d'agir de l'infirmière selon une « pratique de santé ». La valeur attribuée par l'infirmière à sa pratique comme moteur de son développement nous amène préciser ***l'autonomie dans les pratiques infirmières comme la puissance personnelle d'agir de l'infirmière selon la valeur qu'elle attribue à sa pratique dans un contexte donné.***

Ainsi, l’autonomie dans les pratiques infirmières ne concerne pas uniquement une « pratique de santé » mais également une « pratique de soins » pour autant que celle-ci corresponde au choix de la professionnelle. Ce faisant, elle appelle un positionnement clair et explicite de la part de l’ensemble des acteurs du système de santé.

Ces résultats interrogent la liberté de la personne agentive quant à l’objectif visé. Autrement dit, le SEP pourrait représenter un concept aliénant et manipulateur. Ces éléments seront discutés dans la conclusion (chapitre 7).

Le chapitre suivant précise la place des pratiques autoformatives pour le développement de l’autonomie dans les pratiques infirmières.

Chapitre 6 – La contribution des pratiques autoformatives à l’agentivité de l’infirmière visant une « pratique de santé »

Ce chapitre cherche à vérifier le deuxième volet de notre hypothèse selon lequel les pratiques autoformatives contribuent à développer une « pratique de santé ».

Une première partie (6. I) présente les pratiques autoformatives des infirmières ainsi que leur rapport avec la formation réorientée.

Une seconde partie (6. II) précise la place des pratiques autoformatives en regard du développement d’une « pratique de santé » à partir des quatre groupes de professionnelles valorisant cette pratique. En référence à la « pratique de soins », elle souligne les caractéristiques des professionnelles qui développent des PAF.

Une conclusion met en perspective le développement de la pratique professionnelle des infirmières en regard de leur agentivité dans le champ de leur formation.

6. I – Les pratiques autoformatives des infirmières et la formation réorientée

Parmi l’ensemble des données à disposition, nous présentons ici les principaux résultats en vue d’identifier la contribution de la formation réorientée au développement des PAF des professionnelles.

Les variables socioprofessionnelles permettent de situer les caractéristiques des professionnelles qui développent particulièrement les PAF. Ces dernières sont mises en évidence, au travers de l’ensemble des PAF d’une part et de chacune d’elles d’autre part, grâce à une analyse de la variance.

Les résultats nous amènent à interroger les principaux facteurs personnels en jeu dans le développement de ces PAF et leur influence. Ces éléments sont mis en regard de l’approche pédagogique déployée au sein de la formation réorientée.

6. I – 1 Les pratiques autoformatives de l’ensemble des infirmières

Les PAF, présentées selon les caractéristiques socioprofessionnelles significatives qui émergent de l’ensemble des résultats, font apparaître deux types d’approche au sein de l’ensemble de l’échantillon.

Ces approches, considérées en regard des facteurs personnels (SEP, SEC et contrôle interne) sont précisées. Elles permettent d’identifier la contribution de la formation réorientée (relative à l’apprentissage) au développement de pratiques autoformatives.

6. I – 1. 1 Les pratiques autoformatives : des profils contrastés

Le tableau ci-dessous présente les résultats significatifs de l'ensemble des PAF en regard des variables socioprofessionnelles. Ces données résultent d'une analyse de la variance pour l'ensemble de l'échantillon³³³ et pour chacune des périodes de formation initiale des infirmières³³⁴.

Tableau 24 – Les pratiques autoformatives des infirmières dans leur ensemble et selon la période de formation initiale

	1960 à 2005 (n=841)	1960 à 1985 (n=236)	1986 à 1995 (n=223)	1996 à 2005 (n=377)
Pratiques autoformatives dans leur ensemble	IS (n=214; t=3.0; p=0.3%; F=3.61) cliniciennes (n=23; t=2.62; p<0.1%; F=3.72) infirmières de soins intensifs (n=60; t=2.06) "autres spécialisations" (n=54; t=3.04) moins de 3 mois ds même fonction (n=11 ; t=2.17 ; p<0.1% ; F=6.89) plus de 1 an à 3 ans ds même fonction (n=169 ; t=1.96) activité ds association professionnelle (n=57 ; t=2.68 ; p=1.6% ; F=5.69) plus de 20 jours en formation au cours des 12 derniers mois (n=67; t=2.98; p<0.1%; F=6.01) déjà inscrites à une formation (n=171, t=2.27; p<0.1%; F=5.78)	plus de 20 jours de formation (n=17; t=3.66; p<0.1%; F=6.34)	PF (n=7; t=2.40; p=3.2%; F=2.16) moins de 3 mois dans la même fonction (n=2; t=32.86; p<0.1%; F=6.17) actives dans une association professionnelle (n=19; t=2.38; p=3.2%; F=4.54)	IS (n=55; t=2.51; p=0.6%; F=4.29) cliniciennes (n=7; t=4.80; p=1.1%; F=2.54) membre d'une association professionnelle (n=92; t=2.04; p=1.1%; F=6.43)
	<i>plus de 10 ans dans la même fonction</i> (n=238; t=2.86; p<0.1%; F=6.89) <i>moins de 3 jours de formation</i> (n=405; t=1.95; p<0.1%; F=6.01) <i>ne projette pas de se former l'année suivante</i> (n=136; t=2.40, p<0.1%; F=5.78)		<i>ID</i> (n=108; t=1.99; p=2.2%; F=2.69) <i>plus de 10 ans dans la même fonction</i> (n=93; t=1.95; p<0.1%; F=6.17)	

Les modalités correspondent à une moyenne significativement différente de celle de l'ensemble de l'échantillon au seuil de 5%. Les modalités en caractère normal (**bleu**) significativement en dessus et les modalités en caractères italiques (**rouge**) significativement en dessous.

Il apparaît alors deux profils contrastés. Le premier met en évidence des professionnelles :

- au bénéfice d'une formation post-diplôme,
- travaillant depuis moins de 3 mois et de 1 an à 3 ans dans la même fonction,
- s'étant formées plus de 20 jours au cours des 12 derniers mois.

Ce profil renvoie aux professionnelles formées selon la réorientation professionnelle avec une approche par l'apprentissage.

³³³ Annexe 45.

³³⁴ Annexes 46 à 48.

Le second présente des professionnelles :

- sans formation post-diplôme,
- travaillant depuis plus de 10 ans dans la même fonction,
- s’étant formées moins de 3 jours au cours des 12 derniers mois.

Ce profil renvoie à des professionnelles formées antérieurement selon un modèle d’enseignement.

Ces deux profils montrent que ce sont **les professionnelles nouvellement formées ou nouvellement qualifiées qui développent plus de PAF**. A l’inverse, ce sont les professionnelles qui occupent la même fonction depuis plus de 10 ans et celles qui passent le moins de temps en formation qui développent moins de PAF.

Ces résultats mettent en évidence le rôle joué par les nouvelles approches de formation sur le plan pédagogique. A travers elles, ils soulignent l’importance du dispositif.

6.1 – 1.2 L’évolution des pratiques autoformatives

Une exploration des différentes PAF proposées dans le questionnaire aux différentes périodes de formation initiales met en évidence une évolution significative de celles-ci.

Ce sont les **IS** diplômées (diplômées 1986 à 1995 et 1996 à 2005) qui, statistiquement, développent le plus une attitude autoformatrice au travers respectivement de la **recherche documentaire**³³⁵ (n=77 ; t=2.08 ; p=0.2% ; F=3.98) et de **l’appropriation de nouveaux savoirs**³³⁶ (n=55 ; t=2.89 ; p=2.2% ; F=3.71). Ceci pourrait être le résultat des nouvelles approches pédagogiques utilisées depuis 1992 dans la formation réorientée. Et ce d’autant plus que les ID (n=106 ; t=2.31 ; p=0.2% ; F=3.98) et les cliniciennes (n=6 ; t=2.17 ; p=3.4% ; F=2.30) diplômées entre 1986 à 1995, soit au travers d’une approche classique d’enseignement, présentent une pratique de recherches documentaires significativement en dessous de la moyenne de l’ensemble de l’échantillon³³⁷. Autrement dit, l’expérience professionnelle ne semble pas susciter l’intérêt de rechercher des connaissances extérieures.

Cette attitude explique peut-être la difficulté de ces professionnelles face aux nouvelles diplômées ou formées (identifiées au travers de leur temps de travail dans la même fonction) qui, elles, développent la recherche documentaire de manière significative³³⁸ (3 mois à 1 an : n=8 ; t=2.13 ; p=0.3% ; F=4.29 ; et plus de 1 an à 3 ans : n=25 ; t=2.50). Ceci met également en évidence les effets de la formation initiale et renforce son importance en regard du développement professionnel des infirmières.

De plus, les IS présentent des résultats intéressants en fonction de ces trois périodes puisqu’il apparaît que celles diplômées entre :

³³⁵ Annexes 55 et 56.

³³⁶ Annexes 67 et 68.

³³⁷ Annexe 55.

³³⁸ Idem.

- **1960 et 1985 utilisent de nouvelles connaissances**³³⁹ (n=80 ; t= 2.13 ; p=4.1% ; F=2.36) et **observent leurs collègues** (n=80 ; t=2.08),
- **1986 et 1995 effectuent des recherches documentaires**³⁴⁰ (n=77 ; t=2.08 ; p=0.2% ; F=3.98),
- **1996 et 2005 prennent du temps pour s'approprier de nouveaux savoirs**³⁴¹ (n=55 ; t=2.89 ; p=1.2% ; F=3.71).

Autrement dit, *le type de pratiques autoformatives développées semble évoluer en fonction de la période de formation initiale. L'appropriation de nouveaux savoirs apparaissant de manière significative chez les professionnelles formées selon les nouvelles orientations.*

Par ailleurs, les *cliniciennes sont les seules entre 1996 et 2005 à chercher un interlocuteur qui les aide à analyser une situation complexe*³⁴² (n=7 ; t=8.39 ; p=1.1% ; F=2.98 ;) *et à faire appel à un expert*³⁴³ (n=7 ; t=3.83 ; p=4.5% ; F=2.25 ;) de manière significative. Ce constat sera discuté après sa vérification au moyen de l'analyse de régression.

Enfin les autres spécialisations développent des PAF en regard des besoins de leur exercice professionnel. Ainsi, les infirmières travaillant dans le domaine opératoire (1996 à 2005) observent les pratiques de leurs collègues (n=2 ; t=8.78 ; p=2.7% ; F=2.51) et les praticiens formateurs (1986 à 1995) effectuent des recherches documentaires (n=7 ; t=2.60 ; p=3.4% ; F=2.30).

Le tableau de synthèse ci-dessous présente, de manière synoptique et synthétique, l'ensemble des résultats significatifs avec leurs valeurs respectives selon les mêmes règles que celles précisées en introduction du chapitre 5.

³³⁹ Annexe 70.

³⁴⁰ Annexe 55.

³⁴¹ Annexe 68.

³⁴² Annexe 60.

³⁴³ Annexe 64.

Tableau 25 – Les pratiques autoformatives des infirmières selon leur fonction et leur spécialisation en regard de la période d’obtention de leur diplôme de formation initiale

	1960 à 2005 (n=841)		1960 à 1985 (n=236)		1986 à 1995 (n=223)		1996 à 2005 (n=377)	
	Fonction (n=836)	Spécialisation (n=213)	Fonction (n=236)	Spécialisation (n=81)	Fonction (n=223)	Spécialisation (n= 77)	Fonction (n=377)	Spécialisation (n=55)
Partage								
Recherche documentaire	IS (n=214 ; t=2.44) p<4.8% ; F=2.24	<i>domaine opératoire (n=15 ; t=2.96)</i> p<2.1% ; F=2.42		autre (n=21 ; t=2.13) ; <i>domaine opératoire (n=8 ; t=2.25)</i> p=2.0% ; F=2.55	IS (n=77 ; t=2.08) ; autre (t=2.70) ; <i>ID (n=106 ; t=2.31)</i> p=0.2% ; F=3.98	praticien-formateur (n=7 ; t=2.60) ; <i>clinicienne (n=6 ; t=2.17)</i> p=3.4% ; F=2.30		
Analyse avec de l'aide	IS (t=2.60) p=1.3% ; F=2.93							<i>clinicienne (n=7 ; t=8.39)</i> p=1.1% ; F=2.98
Appel à expert								<i>clinicienne (t=3.83) ; domaine opératoire (n=2 ; t=2.28) ; praticien-formateur (n=5 ; t=2.03)</i> p=4.5% ; F=2.25
Temps d'appropriation	IS (t=2.67) p=1.1% ; F=3.00					praticien-formateur (t=2.01) p=2.6% ; F=2.43	IS (n=55 ; t=2.89) p=1.2% ; F=3.71	
Utilisation de nouvelles connaissances	IS (t=2.81) ; <i>IE(n=4 ; t=4.72)</i> p=0.7% ; F=3.20		IS (t=2.13) p=4.1% ; F=2.36					
Observation de bonnes pratiques	IS (t=2.07) ; <i>ICS(n=24 ; t=2.44)</i> p=0.7% ; F=3.24	soins intensifs (n=60 ; t=2.43) ; domaine opératoire (t=2.00) ; <i>anesthésie (n=21 ; t=1.99) ; soins urgence (n=8 ; t=2.99)</i> p=0.7% ; F=2.87	IS (t=2.08) ; <i>ICUS (n=22 ; t=2.10)</i> p=1.0% ; F=3.10					<i>domaine opératoire (t=8.78) ; anesthésie (n=5 ; t=3.95) ; soins urgence (n=5 ; t=2.37) ; praticien-formateur (t=2.37)</i> p=2.7% ; F=2.51

Les modalités correspondent à une moyenne significativement différente de celle de l'ensemble de l'échantillon au seuil de 5%. Les modalités en caractère normal (bleu) significativement en dessus et les modalités en caractères italiques (rouge) significativement en dessous.

6. I – 2 Les facteurs personnels et leur influence sur les pratiques autoformatives

Après avoir considéré les PAF des professionnelles en regard de la formation réorientée, c’est-à-dire : mis en regard le contexte de formation (environnement) et l’approche autoformative des professionnelles (comportement), nous cherchons à expliquer l’influence des facteurs personnels sur le comportement de formation. Ainsi, nous passons, selon le modèle de Bandura (2003), de l’axe *environnement-comportement* à celui de *facteurs personnels-comportement* afin d’identifier la place de ces derniers dans le développement de PAF.

L’analyse de l’influence des facteurs personnels sur les pratiques autoformatives (régressions) est présentée à la fois dans leur ensemble et puis pour chacune des 7 variables qui s’y rapportent.

6. I – 2. 1 L'influence des facteurs personnels sur l'ensemble des pratiques autoformatives

Le tableau ci-après présente la régression linéaire des variables indépendantes (socioprofessionnelles, SEP, SEC, contrôle interne et contrôle externe) sur l'ensemble des 7 pratiques autoformatives (PAF).

Tableau 26 – Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur ses pratiques autoformatives

<i>Variables dépendantes</i>	Pratiques autoformatives 4 ^e modèle
<i>Variables indépendantes</i> ³⁴⁴	
SEP	0.063 ** (2.27)
SEC	0.016 (0.67)
Contrôle interne	0.372 *** (11.18)
Contrôle externe	-0.063 (-1.37)
Durée dans service (réf. : la plus longue)	-0.113 (-0.99)
Fonction (réf. = la plus hiérarchique)	0.093 (0.91)
Durée dans fonction (réf.: la plus longue)	-0.136 ** (-1.99)
Spécialisation (réf.: la plus relationnelle)	0.102 * (1.92)
Pourcentage de travail (réf. : le plus grand %)	0.256 (1.65) *
Lieu de formation (réf. : le plus près du CHUV)	0.056 (0.79)
Membre dans association (réf. : oui =1)	0.035 (0.16)
Active dans association (réf. : oui=1)	0.317 (0.78)
Age : 20 à 30 ans (réf. = 1 si 20 à 30 ans)	-1.021 (-0.95)
Age : 31 à 40 ans (réf. = 1 si 31 à 40 ans)	-0.780 (-0.74)
Age : 41 à 50 ans (réf. = 1 si 41 à 50 ans)	-0.900 (-0.85)
Age : 51 à 60 ans (réf. = 1 si 51 à 60 ans)	-0.558 (-0.52)
Sexe (réf. : F=1)	0.707 *** (2.70)
Temps formation (réf. : le plus de jours)	0.190 * (1.73)
Formation projetée (réf. : le plus certain)	-0.279 *** (-3.15)
R-squared ³⁴⁵	0.233
khi2 ³⁴⁶	0.000

³⁴⁴ Variables explicatives.

³⁴⁵ R-squared représente la qualité explicative du modèle pour les régressions linéaires. Il se situe entre 0 et 1.

Ainsi, les résultats pour les PAF considérées dans leur ensemble font apparaître les éléments suivants pour l’ensemble des spécialisations :

- un SEP élevé**,
- un contrôle interne élevé sur sa formation***,
- le sexe féminin³⁴⁷***

ont une influence positive sur les pratiques autoformatives.

Alors que :

- *l’inscription à une formation au cours des 12 prochains mois***,*
- *la durée de travail dans la même fonction***

ont une influence négative sur les pratiques autoformatives.

Par ailleurs, les facteurs personnels avec un effet « clinicienne » font apparaître (en plus de ceux susnommés) qu’une spécialisation de « clinicienne » (1.349 ; $t=2.25$)³⁴⁸. influence positivement les pratiques autoformatives.

Deux résultats peuvent être relevés :

1. L’infirmière avec une spécialisation de type relationnel et en particulier celle de clinicienne développe un contrôle interne élevé sur sa formation simultanément à des pratiques autoformatives accompagnées d’un SEP élevé. Autrement dit, en regard de l’âge des professionnelles (20 à 30 ans) correspondant à leur contrôle interne ($n=268$, $t=2.27$; $p=0.5\%$; $F=3.77$) nous pouvons dire que **les diplômées au bénéfice de la formation réorientée développent un SEP et un contrôle interne élevé vis-à-vis de leurs pratiques autoformatives.**
2. Par contre, la projection de se former au cours de l’année suivante diminue les pratiques autoformatives et en particulier celles des infirmières occupant la même fonction depuis longtemps. Or, cette projection renvoie implicitement à une pratique formelle de formation continue au travers des modalités de réponses demandées et en particulier de la première d’entre elles (oui, déjà inscrite). Ce qui signifierait ici que **la pratique formelle diminuerait les pratiques autoformatives et ceci d’autant plus que les infirmières occupent la même fonction depuis longtemps.**

Si l’on se rapporte au score des formations réalisées l’année précédente (48.16% des professionnelles ont effectué moins de 3 jours de formation) et au contrôle externe qui lui correspond ($n=405$, $t=2.03$; $p=0.4\%$; $F=4.42$), ce résultat interroge la pertinence de la formation formelle en regard de l’apprentissage des professionnelles et de leur dynamique motivationnelle. Il rejoint un des résultats de la recherche « Belimage » qui met en évidence :

346 khi2 correspond ici aux régressions logistiques ordonnées. L’hypothèse jointe que toutes les variables ensemble sont égales à zéro. Cette hypothèse est rejetée lorsque la valeur khi2 est inférieure à 5%.

347 Les deux références suivantes attestent de la pertinence de ce résultat même avec des effectifs très différents entre femmes et hommes ($F=698$ et $H=142$).

HOSMER, D. W., LEMESHOW, S. (2000, 2d ed.). *Applied Logistic Regression*. New York : Wiley, inc.
GREENE, W. H. (2002, 5th ed.) *Econometric Analysis*. New York : Prentice Hall.

³⁴⁸ Annexe 100.

un « constat difficile à comprendre [qui] réside dans le fait que 73% des infirmiers considèrent la formation permanente comme une priorité et 85% sont satisfaits d'y participer. Or, un peu moins de 20% des personnes interrogées sont entièrement d'accord avec le fait de dire qu'elles recherchent par elle-même des possibilités de se former »³⁴⁹.

Autrement dit, la **formation formelle agirait comme une pratique instituée et développée par l'institution allant à l'encontre du développement de pratiques autoformatives.**

L'analyse réalisée pour chacune des 7 pratiques autoformatives permet de préciser le type de pratiques développées selon le profil des professionnelles. Elles complètent l'analyse ci-dessus.

6. I – 2. 2 L'influence des facteurs personnels sur chacune des 7 pratiques autoformatives

Les résultats sont présentés à partir d'une analyse de régression logistique ordonnée des variables indépendantes (socioprofessionnelles, SEP, SEC, contrôle interne et externe) sur chacune des 7 variables dépendantes concernant la pratique autoformative des infirmières, soit :

- le partage,
- la recherche documentaire,
- la demande d'aide pour l'analyse d'une situation complexe,
- l'appel à un expert,
- le temps d'appropriation,
- l'utilisation de nouvelles connaissances dans sa pratique,
- l'observation des bonnes pratiques de ses collègues.

Le détail des résultats de chacune d'elle présenté ci-après avec son degré de significativité s'appuie sur le tableau suivant :

³⁴⁹ DARRAS, E., DIERCKX de CASTERLE, B., MILISEN, K., et al. (2001-2003). *La profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers* (Recherche). Bruxelles: Université catholique de Louvain, Unité des Sciences Hospitalières et Médico-sociales. p. 77.

Tableau 27- Régression des facteurs personnels de l’infirmière sur ses pratiques autoformatives

<i>Variables dépendantes 4^e modèle</i>	Partage réflexion	Recherche documentaire	Analyse avec aide	Appel à expert	Temps appropriation	Utilisation niles connaissances	Observation collègues
<i>Variables indépendantes</i> ³⁵⁰							
SEP	0.010 (0.47)	0.048 ** (2.32)	0.038 * (1.91)	0.055 *** (2.81)	0.067 *** (3.16)	0.066 *** (2.98)	-0.065 *** (-3.02)
SEC	0.082 *** (4.45)	-0.036 ** (-2.09)	-0.003 (-0.23)	-0.013 (-0.81)	-0.035 ** (-1.97)	0.001 (0.08)	0.089 *** (4.80)
Contrôle interne	0.110 *** (4.18) ³⁵¹	0.259 *** (9.40)	0.075 *** (3.07)	0.067 *** (2.72)	0.258 *** (9.46)	0.180 *** (6.55)	0.145 *** (5.40)
Contrôle externe	-0.076 ** (-2.16)	0.000 (0.03)	-0.013 (-0.42)	0.019 (0.60)	-0.126 *** (-3.60)	-0.062 * (-1.68)	0.018 (0.53)
Durée dans service (réf. : la plus longue)	0.150 * (1.70)	-0.148 (-1.77)	-0.109 (-1.33)	-0.084 (-1.08)	-0.212 *** (-2.49)	0.069 (0.77)	0.026 (0.31)
Fonction (réf. = la plus hiérarchique)	0.040 (0.52)	0.020 (0.28)	0.099 (1.37)	0.064 (0.91)	-0.016 (-0.22)	0.067 (0.81)	0.026 (0.34)
Durée dans fonction (réf.: la plus longue)	0.049 (0.95)	-0.076 (-1.52)	0.047 (0.98)	-0.040 (-0.87)	-0.149 *** (-2.88)	-0.134 ** (-2.48)	-0.118 ** (-2.29)
Spécialisation (réf.: la plus relationnelle)	0.000 (0.01)	0.035 (0.90)	0.084 ** (2.22)	0.016 (0.46)	0.109 *** (2.67)	0.071 * (1.70)	0.045 (1.12)
Pourcentage de travail (réf. : le plus grand %)	0.176 (1.52)	0.109 (0.99)	0.198 (1.84)	0.121 (1.17)	0.167 (1.46)	0.257 ** (2.11)	-0.157 (-1.34)
Lieu de formation (réf. : le plus près du CHUV)	0.275 *** (5.11)	-0.068 (-1.33)	0.084 * (1.69)	-0.007 (-0.15)	-0.170 *** (-3.19)	-0.086 (-1.55)	0.131 ** (2.44)
Membre dans association (réf. : oui=1)	0.096 (0.55)	0.235 (1.42)	0.079 (0.49)	-0.047 (-0.30)	-0.190 (-1.11)	0.155 (0.86)	-0.141 (-0.81)
Active dans association (réf. : oui=1)	-0.047 (-0.16)	0.344 (1.18)	-0.163 (-0.57)	0.139 (0.51)	0.411 (1.36)	0.067 (0.21)	0.152 (0.50)
Age : 20 à 30 ans (réf. = 1 si 20 à 30 ans)	-	-	-	-	-	-	-
Age : 31 à 40 ans (réf. = 1 si 31 à 40 ans)	0.576 (0.73)	-0.094 (-0.12)	-1.097 (-1.41)	-0.097 (-0.12)	-1.358 * (-1.74)	-1.142 (-1.34)	-0.356 (-0.42)
Age : 41 à 50 ans (réf. = 1 si 41 à 50 ans)	0.131 (0.17)	0.029 (0.04)	-0.850 (-1.11)	0.130 (0.17)	-0.967 (-1.26)	-1.290 (-1.54)	-0.509 (-0.61)
Age : 51 à 60 ans (réf. = 1 si 51 à 60 ans)	-0.027 (-0.04)	0.354 (0.47)	-0.965 (-1.27)	0.136 (0.17)	-0.733 (-0.96)	-0.401 * (-1.67)	-0.685 (-0.83)
Age : plus de 60 ans (réf. = 1 si plus de 60 ans)	0.369 (0.47)	0.335 (0.44)	-1.119 (-1.45)	0.224 (0.28)	-0.326 (-0.42)	-1.297 (-1.53)	-0.260 (-0.31)
Sexe (réf. : F=1)	0.483 ** (2.46)	0.022 (0.12)	0.650 *** (3.53)	0.256 (1.45)	0.007 (0.04)	0.375 * (1.77)	0.515 *** (2.56)
Temps formation (réf. : le plus de jours)	-0.027 (-0.33)	0.016 (0.21)	0.140 * (1.79)	0.107 (1.44)	0.209 ** (2.48)	0.074 (0.85)	-0.021 (-0.25)
Formation projetée (réf. : le plus certain)	-0.021 (-0.31)	-0.112 * (-1.73)	-0.130 ** (-2.07)	-0.195 *** (-3.16)	-0.132 ** (-1.98)	-0.116 * (-1.65)	-0.128 * (-1.91)
R-squared ³⁵²	-	-	-	-	-	-	-
Chi2 ³⁵³	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Le « partage » présente le profil suivant :

- le SEC***,
- le contrôle interne de l’infirmière sur sa formation***,
- la formation initiale effectuée au CHUV***,

350 Variables explicatives

351 Les chiffres entre parenthèse indiquent la valeur « t » de student. Le nombre de * indique le niveau de significativité : *** 1% (> 2.50) ; ** 5% (> 1.96) ; * 10% (> 1.65)

³⁵² R-squared représente la qualité explicative du modèle pour les régressions linéaires. Il se situe entre 0 et 1

353 Chi2 correspond ici aux régressions logistiques ordonnées. L’hypothèse jointe que toutes les variables ensembles sont égales à zéro. Cette hypothèse est rejetée lorsque la valeur Chi2 est inférieure à 0.05.

- le sexe féminin** augmentent la pratique autoformatrice relative au partage, *alors que, le contrôle externe de l'infirmière sur sa formation** diminue cette même pratique.*

Cette pratique autoformatrice « partage » correspond ainsi à **des professionnelles de sexe féminin avec un contrôle interne élevé et un contrôle externe bas, développant un SEC élevé.** Au vu des précédentes analyses, il est possible d'inférer qu'il s'agit de jeunes professionnelles et donc de professionnelles formées selon la formation réorientée.

La « recherche documentaire » présente le profil suivant :

- un SEP**,
- le contrôle interne de l'infirmière sur sa formation*** augmente la pratique autoformatrice relative à la « recherche documentaire », *alors qu'un SEC** diminue cette même pratique.*

La recherche documentaire correspond ainsi à **des professionnelles ayant un SEP élevé et un SEC bas ainsi qu'un contrôle interne élevé.** Il a été mis en évidence que cette pratique est privilégiée par des professionnelles spécialisées (n=77, 1986 et 1995) n'ayant pas bénéficié d'une formation initiale réorientée. Il est cependant vraisemblable qu'elles aient bénéficié d'une formation postgrade revue sur le plan pédagogique et centrée sur leur apprentissage. Par ailleurs, elles travaillent dans un milieu exigeant un perfectionnement constant.

L'« analyse d'une situation complexe avec de l'aide » présente le profil suivant :

- le contrôle interne de l'infirmière sur sa formation***,
- une spécialisation relationnelle**,
- le sexe féminin*** augmentent la pratique autoformatrice relative à l'« analyse d'une situation complexe avec de l'aide », *alors que, la projection d'une formation au cours des 12 prochains mois** diminue cette même pratique.*

La recherche d'un interlocuteur qui aide l'infirmière à analyser la situation et à en saisir la complexité se développe ainsi par **des professionnelles de sexe féminin ayant un contrôle interne élevé, une spécialisation de type relationnel et en particulier celle de clinicienne, et qui ne projette pas de se former l'année prochaine.** L'absence de projection d'une formation formelle semble confirmer ici l'absence de synergie entre ces deux types de formation : formelle et informelle. Par ailleurs, cette pratique de recherche d'un interlocuteur pour analyser les situations et en saisir leur complexité relève significativement des cliniciennes.

L'« appel à un expert » présente le profil suivant :

- le SEP***,
- le contrôle interne de l'infirmière sur sa formation*** augmentent la pratique autoformatrice relative à un « appel à expert », *alors que, la projection d'une formation au cours des 12 prochains mois*** diminue cette même pratique.*

Le fait de faire appel à un expert correspond ainsi aux **professionnelles qui développent un SEP élevé, un fort contrôle interne et qui ne projette pas de se**

former au cours de l’année suivante. Cette pratique relève également de manière significative des cliniciennes.

Le « temps d’appropriation de nouveaux savoirs » présente le profil suivant :

- le SEP***,
- le contrôle interne de l’infirmière sur sa formation***,
- une spécialisation relationnelle***,
- le temps de formation au cours des 12 derniers mois** augmentent la pratique autoformatrice relative à l’ « appropriation de nouveaux savoirs ».

Alors que :

- le SEC**,
- le contrôle externe de l’infirmière sur sa formation***,
- la durée de travail dans le service** et dans la fonction***,
- la formation initiale effectuée au CHUV***,
- la projection d’une formation au cours des 12 prochains mois** diminuent cette même pratique.

Prendre le temps de s’approprier de nouveaux savoirs correspond ainsi aux **professionnelles qui ont un SEP élevé et un SEC bas, une spécialisation de type relationnel, qui se sont formées plus de 20 jours l’an passé.** Ces professionnelles ont un faible contrôle externe, travaillent depuis peu dans le même service et la même fonction, ont effectué leur formation initiale ailleurs qu’au CHUV et projettent de se former au cours de l’année prochaine.

Autrement dit, il s’agit probablement de professionnelles ayant réalisé récemment leur formation spécialisée dans un domaine relationnel (clinicienne, sage-femme, praticien-formateur) et qui se donnent le temps de s’approprier les savoirs acquis lors de cette spécialisation. Le type d’approche pédagogique est là encore très probablement centré sur l’apprenant et son apprentissage.

L’« utilisation de nouvelles connaissances » présente le profil suivant :

- le SEP***,
- le contrôle interne de l’infirmière sur sa formation***,
- le pourcentage élevé de travail** augmentent la pratique autoformatrice relative à l’ « utilisation de nouvelles connaissances », *alors que la durée de travail dans la même fonction** diminue cette même pratique.*

L’utilisation de nouvelles connaissances dans sa pratique correspond ainsi aux **infirmières qui ont un SEP élevé et un contrôle interne élevé.** Elles travaillent à un grand pourcentage et depuis peu de temps dans le même service. Autrement dit, ces professionnelles sont probablement des IS récemment formées dans leur spécialisation qui transfèrent leurs nouvelles connaissances au sein de leur pratique. Là encore, le mode d’approche pédagogique est centré sur l’apprenant et son apprentissage.

L’« observation de bonnes pratiques de ses collègues » présente le profil suivant :

- le SEC ***,
- le contrôle interne de l’infirmière sur sa formation***,

- la formation initiale effectuée à proximité du CHUV**,
- le sexe féminin*** augmentent la pratique autoformative relative à l' « observation de bonnes pratiques de ses collègues » *alors que, le SEP*** et la durée de travail dans la même fonction** diminuent cette même pratique.*

L'observation des bonnes pratiques de collègues correspond ainsi aux **professionnelles qui ont un SEC élevé et un SEP bas avec un contrôle interne élevé. Elles sont de sexe féminin, ont effectué leur formation à proximité du CHUV et travaillent depuis peu de temps dans la même fonction.** Il s'agit probablement ici de jeunes professionnelles au bénéfice d'un diplôme ou d'une spécialisation récentes qui s'appuient sur l'expérience de leur collègue plus expérimentées. Cette pratique relève d'un apprentissage social qui est assorti d'un SEC élevé.

L'analyse de chacune de ces 7 pratiques met en évidence que celles-ci sont développées par de jeunes professionnelles ou diplômées qui présentent un contrôle interne élevé sur leur formation. Par ailleurs, cinq de ces pratiques sont influencées par un SEP élevé et deux par un SEC élevé (Partage et observation de bonnes pratiques).

Par conséquent, alors que le sentiment d'efficacité n'apparaît pas en regard des pratiques professionnelles de santé et de soins (chapitre 5) chez les professionnelles formées selon la réorientation, il influence néanmoins les PAF. Autrement dit, les infirmières formées selon cette approche de formation présentent un SEP élevé qui renvoie à une certaine expertise dans ce domaine de la formation par soi-même.

Par conséquent, en ce qui concerne la formation et au vu de l'évolution des connaissances dans le champ large de la santé, une approche autoformative est certainement attendue et valorisée par le contexte de travail. Il apparaît alors que ces professionnelles nouvellement formées sont à même de répondre à cette attente. Qu'en est-il alors de l'orientation également attendue, celle d'une « pratique de santé » ?

Les résultats relatifs au contrôle interne répondent en partie à cette question. En effet, le contrôle interne influence aussi les PAF de ces mêmes professionnelles. De même, il augmente également une « pratique de santé »³⁵⁴ (au seuil de 10%). Ce qui pourrait signifier que ce contrôle interne sur la formation, correspondant à une norme sociale (DUBOIS, 2005), constitue un facteur qui contribue à la réorientation effectuée au sein de la formation initiale aussi bien en ce qui concerne l'approche de formation par l'apprentissage que la pratique professionnelle centrée sur la santé.

La seconde partie de ce point nuance cette question par les résultats issus des groupes de professionnelles (chapitre 5) privilégiant une « pratique de santé » en référence à ceux qui privilégient une « pratique de soins ».

En résumé ...

Parmi l'ensemble de l'échantillon, les résultats montrent que les PAF sont particulièrement développées par les diplômées formées selon les nouvelles approches

³⁵⁴ Tableau 26.

pédagogiques alors qu’à l’inverse elles sont moins développées par les professionnelles formées précédemment selon un modèle d’enseignement.

Dans le même sens, l’évolution du type de pratiques autoformatives en regard de l’année de diplôme montre l’influence de la formation initiale dans le développement d’une formation par soi-même au sein de la pratique professionnelle des infirmières au-delà de leur formation initiale.

Par conséquent, les résultats indiquent que le développement ou non de PAF par les professionnelles semblent correspondre au type de formation professionnelle initiale de celles-ci. Ils soulignent ainsi l’importance de l’environnement et la modélisation du contexte de formation (dispositif) en regard du développement de cette approche.

Par ailleurs, le contrôle interne associé aux pratiques autoformatives et à la « pratique de santé » semble constituer un facteur intéressant en regard du développement d’une « pratique de santé ».

6. II – Les pratiques autoformatives et le développement d’une « pratique de santé »

En l’absence de résultats significatifs relatifs aux relations entre les pratiques autoformatives et le développement d’une « pratique de santé » (régressions), et afin de vérifier les associations faites ci-dessus entre facteurs personnels et comportements, nous présentons ici les PAF des professionnelles ayant privilégié une « pratique de santé ».

La diversité des résultats mis en regard de ceux relatifs à la « pratique de soins » nous amène à préciser la question de l’agentivité dans le champ de la formation.

6. II – 1 Une « pratique de santé » sans formation : des résultats qui interrogent ...

Les PAF des groupes de professionnelles privilégiant une « pratique de santé » sont présentées selon leur comportement de formation.

Ainsi les PAF de ces groupes expliquent la « pratique de santé » qui s’y trouve associée et la reconnaissance qui s’y rapporte.

Les PAF des professionnelles développant une « pratique de soins » servent de référence. Elles montrent que l’attitude autoformative relève de caractéristiques liées à un haut niveau de qualification et non d’une orientation santé ou soins.

Une analyse des éléments relevant de la formation pour chacun des quatre groupes privilégiant une « pratique de santé » montre que les professionnelles des groupes formées entre 1986 et 1995 présentent des PAF plus basses que celles de l’ensemble de leurs collègues.

Ainsi, les PAF avec un score en dessous de celui de l'échantillon ou qui ne présente aucune valeur significative (respectivement ID et SF diplômées entre 1986 et 1995) interrogent la « pratique de santé » déployée et expliquent la difficulté à se faire reconnaître.

Tableau 28 – Les pratiques autoformatives des ID (diplômées 1986 à 1995)

Pratiques autoformatives selon la fonction				
	Pratiques autoformatives			
	Moyenne	Part	Effectif	t de student
Infirmier/ère diplômé/e	20.16	47.2%	108	1.99
Infirmier/ère avec spécialisation	21.64	36.1%	77	1.92
Infirmier/ère enseignant/e	21.33	1.4%	3	0.49
Infirmier/ère-chef/fe d'unité de soins (ICUS)	21.47	7.0%	15	0.95
Infirmier/ère-chef/fe de service (ICS)	20.88	3.6%	8	0.04
Autre	22.00	4.8%	10	1.04
Total	20.89	100.0%	221	

p = 2.2% ; F = 2.69 (S)
 Les modalités en bleu (rose) sont sur-évaluées (sous-évaluées)

Par ailleurs, le temps de formation effectué durant la dernière année correspond, pour la majorité d'entre elles, à moins de 3 jours³⁵⁵.

Ces résultats pourraient expliquer ceux du niveau de leur « pratique de santé ». En effet, leur orientation vers la promotion de la santé et leur implication dans la relation avec le patient, sans score relatif à la concrétisation de cette orientation, permet de supposer que cette dernière relève d'une absence de moyens, c'est-à-dire une absence de connaissances.

Par conséquent, ce qui est en jeu ici concernerait les moyens liés à la fois à une approche par l'apprentissage dont ces professionnelles n'ont ni l'expérience ni la maîtrise et à des contenus relatifs à la santé et à son développement.

Ce constat renvoie à la non reconnaissance dont les professionnelles se plaignent. Or, celle-ci touche ici leurs propres ressources. En effet, comment faire valoir une pratique dont les infirmières sont convaincues mais dont elles ne peuvent pas mettre en œuvre le concept par un manque de moyens ? Cependant, si ces moyens concernent bien sûr le contexte de travail, ils concernent aussi les ressources internes aux professionnelles, soit ici leurs connaissances et leur rapport au savoir.

Ce constat renforce la place de la formation initiale dans le développement professionnel et pose la question de l'approche autoformatrice de professionnelles n'ayant pas bénéficié de cette approche. Elle concerne la formation continue organisée au sein de l'institution.

³⁵⁵ Chapitre 5.

6. II – 2 Les pratiques autoformatives et l’agentivité professionnelle

Les deux autres groupes privilégiant une « pratique de santé » (cliniciennes et « autre » spécialisation) font apparaître des PAF élevées qui soulignent encore l’importance de la formation et de son approche autoformative pour son développement.

Nous présentons ici la situation des cliniciennes³⁵⁶. Par ailleurs, la référence aux résultats significatifs de PAF de groupes d’infirmières spécialisées privilégiant une « pratique de soins » souligne l’importance de cette approche autoformative pour le développement de pratiques de soins et de santé.

Les cliniciennes, pour l’ensemble de l’échantillon³⁵⁷ (1960 à 2005) présentent des PAF (groupe) en dessus de la moyenne de l’ensemble de l’échantillon (n=23 ; t=2.62 ; p<0.1% ; F=3.72).

Par ailleurs, les cliniciennes diplômées entre 1996 et 2005, présentent deux des sept pratiques autoformatives en dessus de la moyenne de l’échantillon :

- Analyse avec de l’aide (n=7 ; t=8.39 ; p=1.1% ; F=2.98)
- Appel à expert (n=7 ; t=3.83 ; p=4.5% ; F=2.25)

Ces résultats sont confirmés par l’analyse de régressions³⁵⁸ avec un effet clinicienne qui permet de préciser le profil de ce groupe (tableau 29).

³⁵⁶ Le groupe des « autre » spécialisations présente également pour l’ensemble de l’échantillon (1960 à 2005) des PAF (groupe) en dessus de la moyenne de l’ensemble de l’échantillon (n=54 ; t=3.04 ; p<0.1% ; F=3.72). Par ailleurs, les membres de ce groupe (diplômés entre 1960 et 1985), présentent une des sept pratiques autoformatives en dessus de la moyenne de l’ensemble de l’échantillon : la recherche documentaire (n=21 ; t=2.13 ; p=2.0% ; F=2.55).

³⁵⁷ Annexe 45.

³⁵⁸ Annexes 60 et 64.

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentic du développement professionnel

Tableau 29 - Régressions des facteurs personnels de l'infirmière sur ses pratiques autoformatives avec « effet clinicienne »

Variables dépendantes 4 ^e modèle	Partage réflexion	Recherche documentaire	Analyse avec aide	Appel à expert	Temps appropriation	Utilisation des connaissances	Observation collègues
Variables indépendantes ³⁵⁹							
SEP	0.009 (0.46)	0.049 ** (2.38)	0.039 * (1.92)	0.054 *** (2.76)	0.068 *** (3.23)	0.067 *** (3.01)	-0.064 *** (-2.99)
SEC	0.082 *** (4.46)	-0.036 ** (-2.11)	-0.002 (-0.15)	-0.012 (-0.72)	-0.034 ** (-1.91)	0.002 (0.13)	0.089 *** (4.79)
Contrôle interne	0.110 *** (4.18) ³⁶⁰	0.259 *** (9.39)	0.077 *** (3.14)	0.069 *** (2.77)	0.258 *** (9.46)	0.181 *** (6.58)	0.145 *** (5.42)
Contrôle externe	-0.076 ** (-2.16)	0.003 (0.12)	-0.011 (-0.34)	0.017 (0.56)	-0.120 *** (-3.44)	-0.059 * (-1.61)	0.020 (0.59)
Durée dans service (réf. : la plus longue)	0.149 * (1.70)	-0.133 (-1.60)	-0.105 (-1.28)	-0.089 (-1.15)	-0.191 ** (-2.26)	0.079 (0.88)	0.035 (0.41)
Fonction (réf. = la plus hiérarchique)	0.039 (0.52)	0.033 (0.44)	0.119 * (1.67)	0.066 (0.96)	0.012 (0.16)	0.0867 (1.05)	0.039 (0.52)
Durée dans fonction (réf.: la plus longue)	0.049 (0.96)	-0.079 (-1.56)	0.054 (1.13)	-0.036 (-0.77)	-0.146 *** (-2.83)	-0.131 ** (-2.42)	-0.117 ** (-2.26)
Clinicienne (réf.: clinicienne=1)	0.080 (0.18)	0.419 (0.99)	1.319 *** (2.97)	0.924 ** (2.31)	0.499 (1.09)	0.669 (1.45)	0.192 (0.44)
Pourcentage de travail (réf. : le plus grand %)	0.175 (1.51)	0.112 (1.02)	0.185 (1.71)	0.111 (1.06)	0.161 (1.40)	0.246 ** (2.02)	-0.162 (-1.38)
Lieu de formation (réf. : le plus près du CHUV)	0.274 *** (5.07)	-0.063 (-1.23)	0.072 (1.43)	-0.016 (-0.35)	-0.175 *** (-3.27)	-0.093 * (-1.66)	0.130 ** (2.41)
Membre dans association (réf. : oui =1)	0.094 (0.54)	0.244 (1.48)	0.059 (0.36)	-0.064 (-0.41)	-0.189 (-1.11)	0.147 (0.81)	-0.145 (-0.83)
Active dans association (réf. : oui=1)	-0.055 (-0.18)	0.413 (1.41)	-0.222 (-0.77)	0.069 (0.25)	0.437 (1.44)	0.050 (0.16)	0.167 (0.54)
Age : 31 à 40 ans (réf. = 1 si 31 à 40 ans)	-0.445 ** (-2.27)	0.140 (0.74)	0.270 (1.47)	0.218 (1.24)	0.434 ** (2.22)	-0.119 (-0.58)	-0.139 (-0.71)
Age : 41 à 50 ans (réf. = 1 si 41 à 50 ans)	-0.606 *** (-2.58)	0.480 ** (2.13)	0.134 (0.61)	0.202 (0.95)	0.662 *** (2.86)	-0.242 (-0.99)	-0.314 (-1.35)
Age : 51 à 60 ans (réf. = 1 si 51 à 60 ans)	-0.206 (-0.73)	0.424 (1.60)	-0.023 (-0.09)	0.313 (1.27)	1.028 *** (3.77)	-0.151 (-0.53)	0.095 (0.35)
Age : plus de 60 ans (réf = 1 si plus de 60 ans)	-0.575 (-0.73)	0.062 (0.08)	1.071 (1.38)	0.095 (0.12)	1.304 (1.66)	1.119 (1.32)	0.330 (0.39)
Sexe (réf. : F=1)	0.482 ** (2.47)	0.047 (0.25)	0.669 *** (3.64)	0.247 (1.41)	0.052 (0.27)	0.403 * (1.91)	0.535 *** (2.67)
Temps formation (réf. : le plus de jours)	-0.028 (-0.34)	0.020 (0.25)	0.145 * (1.86)	0.108 (1.45)	0.215 *** (2.56)	0.079 (0.92)	-0.017 (-0.21)
Formation projetée (réf. : le plus certain)	-0.028 (-0.34)	-0.108 * (-1.66)	-0.131 ** (-2.07)	-0.195 *** (-3.17)	-0.129 ** (-1.94)	-0.115 (-1.64)	-0.126 * (-1.89)
khi2 ³⁶¹	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

359 Variables explicatives.

360 Les chiffres entre parenthèse indiquent la valeur « t » de student. Le nombre de * indique le niveau de significativité : *** 1% (> 2.50) ; ** 5% (> 1.96) ; * 10% (> 1.65).

Ces deux pratiques autoformatives offrent une perspective intéressante. En effet, elles mettent en évidence deux attitudes nécessaires à la co-construction de projet. Ce faisant, elles inscrivent la pratique professionnelle de santé dans un processus qui fait place à l’autre et aux autres (collègues, patients ...).

De plus, elles contribuent au processus de formation, co-formation entre collègues et permettent de répondre en partie à la question de la mise en formation de celles qui n’ont pas été formées à chercher et à s’approprier de nouveaux savoirs.

Ainsi, s’il existe un rapport entre les PAF des cliniciennes et le développement d’une « pratique de santé », il n’est pas mis en évidence statistiquement de manière inférentielle.

Par ailleurs, les résultats concernant les groupes de professionnelles privilégiant une « pratique de soins » mettent également en évidence des PAF élevées. Ainsi :

- le groupe soins intensif, pour l’ensemble de l’échantillon (1960 à 2005), présente des PAF en dessus de la moyenne³⁶² (n=60 ; t=2.06 ; p=<0.1% ; F=3.72) alors qu’il présente pour l’ensemble de l’échantillon (1960 à 2005), une « pratique de santé » en dessous de la moyenne de l’ensemble de l’échantillon³⁶³ (n=60 ; t=3.19 ; p=<0.1% ; F=9.19),
- les IS (1960 à 2005) présentent des PAF au-dessus de la moyenne de l’ensemble de l’échantillon³⁶⁴ (n=214 ; t=3.0 ; p=0.3% ; F=3.61) alors qu’elles privilégient une « pratique de soins »³⁶⁵ (n=214 ; t=2.68 ; p=<0.1% ; F=8.46) et présentent un SEP³⁶⁶ en dessus de la moyenne de l’échantillon (n=214 ; t=2.43 ; p=<0.1% ; F=5.13).

Ainsi, l’analyse des PAF nous amène à préciser que les groupes qui privilégient une « pratique de soins » dans sa dimension la plus complexe et ceux qui privilégient la « pratique de santé » dans sa forme la plus aboutie présentent chacun des PAF élevées.

En conclusion, les PAF représentent une contribution nécessaire au développement professionnel dans ses deux orientations santé et soins auxquelles elles sont associées.

Elles mettent en évidence le cercle vertueux de l’approche sociocognitive dans ce domaine en particulier au travers de la puissance personnelle d’agir de l’infirmière dans le domaine de sa formation.

³⁶¹ khi2 correspond ici aux régressions logistiques ordonnées. L’hypothèse jointe que toutes les variables ensembles sont égales à zéro. Cette hypothèse est rejetée lorsque la valeur khi2 est inférieure à 5%.

³⁶² Annexe 45.

³⁶³ Annexe 23.

³⁶⁴ Annexe 45.

³⁶⁵ Annexe 24.

³⁶⁶ Annexe 31.

Il est alors possible de penser que les PAF développées de manière significative par les professionnelles ayant bénéficiés de la formation réorientée puissent contribuer à clarifier l'orientation de leur pratique et les moyens de la développer.

En résumé ...

Les résultats ne permettent pas d'identifier de relation statistique entre des pratiques autoformatives et le développement d'une « pratique de santé » en particulier.

Cependant, si les PAF des infirmières ne montrent pas de prédilection vis-à-vis de l'une ou l'autre des orientations professionnelles développées par les infirmières, elles présentent néanmoins un potentiel intéressant de clarification de chacune de ces orientations. Ce faisant, elles contribuent à l'autonomie dans les pratiques infirmières au travers de l'autodétermination des professionnelles vis-à-vis de leur pratique professionnelle et de son développement.

6. III – Conclusion

L'analyse des résultats relatifs au second volet de notre hypothèse met en perspective les points suivants :

- L'influence du contexte de formation des professionnelles (relative à l'approche pédagogique) sur le développement, in situ et continu, de leurs pratiques autoformatives.
- L'agentivité, reliée aux PAF, des professionnelles ayant bénéficié d'une formation centrée sur leur apprentissage.
- La place des PAF dans le développement professionnel « soins » et « santé » des infirmières.

Ainsi, il est possible de confirmer en partie le second volet de notre hypothèse en regard des pratiques autoformatives développées par les cliniciennes d'une part et de la clarification de l'orientation qu'une approche autoformative suppose d'autre part.

En effet, les PAF des cliniciennes les amènent à co-construire avec d'autres le sens d'un projet de soins au travers de l'analyse de situation complexe et de l'appel à un expert.

Ce faisant, elles mobilisent et construisent en réseau des connaissances à partir de l'orientation privilégiée de leur pratique professionnelle, la santé. De plus, elles favorisent le développement d'une approche autoformative chez leurs collègues par le déploiement des capacités nécessaires à cette approche :

- tolérer l'incertitude,
- mettre en réseau,
- réfléchir sur et dans l'action,

- se connaître comme apprenant³⁶⁷.

Cependant, il est nécessaire de souligner que cette approche autoformative n’est pas propre à une orientation particulière, ici « santé » ou « soins », mais qu’elle semble associée de manière déterminante à des pratiques de formation. La place de l’environnement apparaît à ce titre essentiel au côté et en synergie avec des facteurs personnels.

³⁶⁷ TREMBLAY, N. A., et al. (2000). La construction de l’autoformation : trois cadres de référence pour l’action. In FOUCHER, R. (dir.). *L’autoformation reliée au travail*. Montréal : Editions Nouvelles. p. 175-177.

Chapitre 7 – L'autonomie professionnelle de l'infirmière

Ce septième et dernier chapitre reprend les principaux résultats de la recherche. Il les développe en regard de la problématique initiale en vue de faire émerger les nouvelles perspectives théoriques et pratiques issues de l'ensemble de la démarche de recherche. Il précise et éclaire la question de l'autonomie professionnelle dans les pratiques infirmières. Il explique le rôle joué par la formation réorientée des infirmières et sa contribution au développement d'une autonomie dans les pratiques infirmières.

La première partie (7. I) distingue, à partir des résultats relatifs aux deux orientations de la pratique infirmière « santé » et « soins », l'agentivité de l'autonomie. Elle met en lumière l'importance des représentations des professionnelles liées à la santé et à ses orientations et la nécessité de leur clarification en regard des deux paradigmes de santé.

La deuxième partie (7. II) souligne la contribution des nouvelles approches de formation au développement d'une posture clairement définie et explicitée. Elle met en évidence les leviers et les enjeux que constituent ces approches au sein du mouvement de professionnalisation des infirmières.

Au travers d'un retour critique sur la problématique et le modèle d'analyse qui l'a soutenu, la troisième partie (7. III) aborde les perspectives théoriques de ce travail. Premièrement, elle clarifie la notion d'autonomie (RICOEUR, 2004) dans le champ infirmier à partir de l'approche sociocognitive (BANDURA, 2003) en la distinguant de la dépendance statutaire de sa pratique. Secondement, elle interpelle le modèle d'intermédiaire culturelle (NADOT, 1993) qui identifie conjointement les pratiques de santé et de soins et les définit comme « la matrice disciplinaire de la profession infirmière ». Cette partie met ensuite en évidence les limites de ce travail et trace les perspectives théoriques nouvelles qui peuvent être formulées.

Enfin, sur la base des connaissances issues de cette recherche et répondant à la question des facteurs qui permettent à l'infirmière de développer une « pratique de santé », la quatrième partie (7. IV) esquisse deux perspectives pratiques. L'une se rapporte à la clarification des pratiques de santé au sein du contexte hospitalier. L'autre propose une réflexion relative à la formation continue des infirmières.

7. I – De l'agentivité infirmière à l'autonomie professionnelle dans les pratiques infirmières

Cette première partie clarifie l'autonomie dans les pratiques infirmières. Elle reprend la mise en œuvre du dispositif permettant l'opérationnalisation de l'autonomie définie au seuil de ce travail en regard d'une « pratique de santé ». Les résultats issus de chacune

des pratiques développées, « santé » et « soins » et leurs caractéristiques permettent de distinguer l'agentivité de l'autonomie.

7. I – 1 L'agentivité professionnelle de l'infirmière : une puissance personnelle d'agir selon un objectif donné

Deux types de pratiques infirmières, une « pratique de santé » centrée sur le patient et sa définition de la santé, et une « pratique de soins » centrée sur les soins au patient et leur organisation selon la définition de la santé de l'institution, ont été définis (chapitre 1) à partir de notre problématique. En effet, celle-ci, centrée sur la réorientation professionnelle des infirmières et la difficulté des professionnelles à développer leur autonomie au sein de leurs activités, a permis d'identifier au travers de la revue de la littérature (chapitres 2 et 3) un champ professionnel en tension entre deux modèles de santé, soit deux visions et deux logiques différentes.

L'autonomie dans les pratiques infirmières a ainsi été rapprochée à cette étape de l'agentivité professionnelle et définie comme la puissance personnelle d'agir de l'infirmière au travers d'une « pratique de santé ». Celle-là même qui est actuellement au centre des programmes de formation initiale et post-grade, en Suisse romande en particulier, et qui fait l'objet des recommandations de l'OMS pour maintenir et promouvoir la santé.

Notre question de recherche porte sur les principaux facteurs qui permettent à l'infirmière de développer sa « pratique de santé » associée à son autonomie au sein d'un contexte hospitalier. La recherche documentaire nous a amenée à poser un premier volet de notre hypothèse selon laquelle le sentiment d'efficacité personnelle et collective ainsi que le locus de contrôle interne sont les principaux facteurs contribuant à l'agentivité de l'infirmière centrée sur une « pratique de santé ». Les résultats statistiques de notre enquête (chapitres 5 et 6) montrent qu'il n'en est rien et que le sentiment d'efficacité personnelle contribue quant à lui à une « pratique de soins ».

Ainsi, l'analyse confirme les résultats des recherches (BANDURA, 2003) concernant l'agentivité et la place de l'objectif fixé dans son déploiement. Ces recherches soulignent la nécessité de l'adhésion par la personne à l'objectif donné. Ainsi, le SEP correspond ici à une « pratique de soins » telle qu'elle est attendue par l'institution. Ce faisant, et en l'absence d'un score significatif du SEP sur la « pratique de santé », ce résultat infirme en partie le premier volet de notre hypothèse.

Cependant, le modèle de relation triadique réciproque (BANDURA, 2003) a permis d'opérationnaliser notre recherche en identifiant, au sein de chacune de ses trois catégories de facteurs (facteurs personnels, comportement et environnement), les éléments favorisant le développement d'une « pratique de santé ».

Or, cette « pratique de santé » posée comme l'objectif à atteindre ne correspond pas de manière prioritaire, et nous le savions, à celui de l'institution. Rappelons, par ailleurs, qu'il correspond néanmoins à l'attente de la réorientation introduite dès 1990 et qu'il est au centre de la formation initiale en Suisse romande. Rappelons également que cette réorientation se fait au travers de nouveaux contenus de formation centrés sur la santé et

d'une approche pédagogique s'appuyant sur les recommandations de la commission européenne quant à la formation tout au long de la vie³⁶⁸.

Dès lors, la mise en évidence de la valeur attribuée par les professionnelles à leur « pratique de santé » privilégiée permet de définir l'autonomie dans les pratiques infirmières comme la puissance personnelle d'agir de l'infirmière selon sa propre référence, soit celle qu'elle choisit parmi plusieurs existantes, et ceci dans un contexte donné.

La référence à soi n'est par conséquent pas sans limite. Elle s'inscrit ici dans un champ plus large traversé par des paradigmes différents, santé et maladie, tous deux présents au sein de l'institution. Elle se situe ainsi dans un contexte donné (un environnement en tension) sur lequel l'infirmière a un certain pouvoir, selon la théorie sociocognitive.

Ce faisant, cette référence à soi correspond effectivement aux approches de l'autonomie présentées dans notre cadre de référence (chapitres 2 et 3). L'autonomie, ainsi précisée, renvoie ici à une *dépendance interactive* (NOEL-HUREAUX, 2003), soit à une approche qui considère la personne autonome dans une dépendance interactive avec les autres et avec son environnement selon ses propres objectifs.

Cependant, si l'environnement sert de référence à l'agentivité, la puissance personnelle d'agir relève alors d'une manipulation ou d'une mise en conformité et non d'une autonomie au sens du développement par l'individu de son activité en relation avec son environnement.

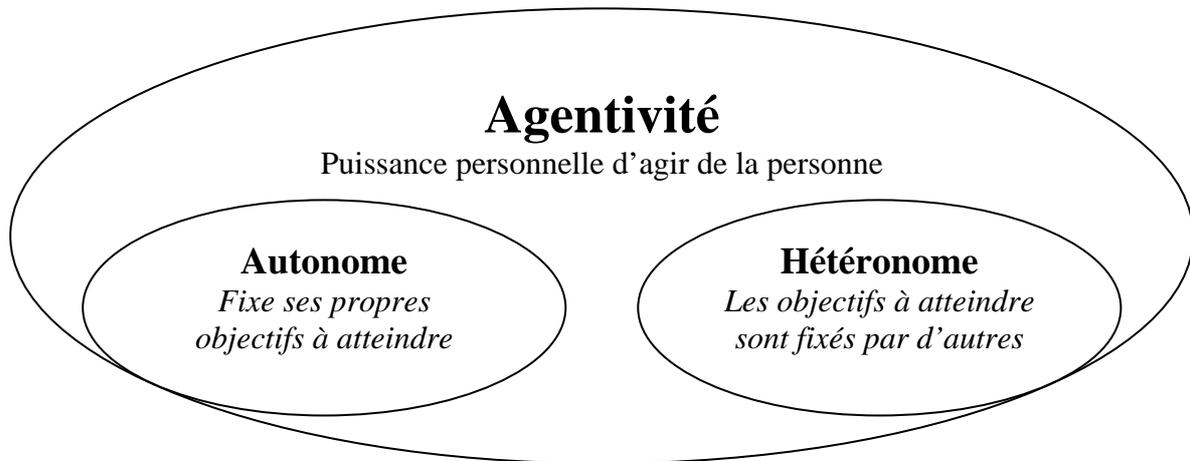
Autrement dit, l'agentivité, définie comme : « le pouvoir d'être à l'origine d'actes visant des objectifs définis ... »³⁶⁹ ne peut pas se confondre avec l'autonomie. En effet, si l'agentivité constitue une des caractéristiques de l'autonomie, l'autre caractéristique concerne la référence à un objectif fixé par la personne elle-même.

Ainsi, **l'agentivité renvoie à deux postures, autonome et hétéronome**. La posture autonome correspond à la puissance personnelle d'agir de la personne selon ses propres objectifs, et la posture hétéronome correspond à la puissance personnelle d'agir de la personne selon les objectifs fixés par d'autres. La figure suivante clarifie la place de chacune de ces notions et leur relation.

³⁶⁸ PARLEMENT EUROPEEN. (2006). Recommandation du parlement européen et du conseil du 18 décembre 2006 sur les compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie, p. 1-9.

³⁶⁹ BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck. p. 13.

Figure 8 – L'agentivité et son déploiement, autonome ou hétéronome



Autrement dit, nous distinguons l'agentivité de l'autonomie au travers de la précision de l'origine (l'auteur) de l'objectif fixé.

Il est ainsi fort possible que l'objectif fixé par d'autres corresponde à celui de la personne. C'est même une des conditions de son déploiement (BANDURA, 2003). Dans ce cas, le SEP opère comme un puissant facteur de mobilisation qui prédit l'atteinte de l'objectif donné. Les recherches effectuées (BANDURA, 2003) mettent effectivement en évidence la puissance de ce SEP en regard de l'atteinte des objectifs correspondant aux attentes de la personne et de l'environnement.

Cette situation est probablement celle des IS identifiées dans notre recherche. Cependant, nous ne savons pas si tel est le cas ici. Il serait intéressant de le confirmer à l'occasion de la poursuite de ces travaux³⁷⁰ et ceci dans deux directions complémentaires relatives à l'agentivité, soit la recherche de :

1. la place des valeurs attribuées par la personne aux objectifs donnés par d'autres,
2. la construction du SEP lorsque l'objectif personnel ne correspond pas aux objectifs fixés par d'autres.

A cet égard et dans un champ de recherche proche, une thèse récente (NAGELS, 2008) rapproche l'analyse de l'activité de la construction du SEP. Elle montre le rôle joué par l'analyse de l'activité des cadres et dirigeants de la santé publique dans la construction de leur SEP.

Si l'analyse de l'activité contribue à la construction du SEP, alors dans le même champ épistémologique, l'explicitation de sa pratique (VERMERSCH, 2000 3^e ed) par la professionnelle devrait aussi l'amener à clarifier son positionnement. C'est ce qui

³⁷⁰ Nous ne l'avons pas réalisé pour une question technique (le dispositif n'a pas été prévu dans ce sens et il ne nous était pas possible d'identifier les personnes au vu de l'anonymat adopté) d'une part et pour cibler la recherche sur les principaux facteurs qui favorisent une « pratique de santé » d'autre part.

pourrait permettre de parler d'autonomie dans les pratiques au sens où elle a été présentée ci-dessus.

7. I – 2 L'autonomie professionnelle : une posture à développer

La nécessité de la clarification de leur positionnement par les infirmières en fonction de leur propre représentation de la santé est renforcée par les résultats qui montrent la non-simultanéité des « pratique de santé » et « pratique de soins » ($r=-0.50$).

Si un positionnement des professionnelles (soins ou santé) existe certainement, il ne semble cependant pas explicite pour les professionnelles elles-mêmes. Les résultats montrent que les professionnelles sont amenées à faire un choix, que l'on peut imaginer à leur insu ou non explicite, ponctuellement, en fonction de la situation rencontrée (DUJARIER, 2006). Ce choix non explicite peut correspondre à un manque de temps (que les professionnelles mettent en avant pour expliquer l'impossibilité de faire autrement) ou encore à d'autres éléments liés à la situation (attentes du médecin, de l'institution, du patient, de la professionnelle et de ses collègues). Ainsi, si la situation n'est pas analysée et précisée sous l'angle des représentations de la santé des uns et des autres, il s'en dégage un inconfort et une frustration retracés dans les recherches et études menées depuis plusieurs années.

La tension décrite dans la littérature correspondrait pour les professionnelles à l'écart entre le développement d'une « pratique de soins » et des valeurs relatives à une « pratique de santé » sans que celles-ci apparaissent clairement. C'est-à-dire que l'absence de clarification de la situation et de l'orientation choisies par la professionnelle engendre elle aussi des tensions.

La nécessité alors de clarifier la posture de l'infirmière semble s'imposer. Afin de préciser la notion de posture, nous reprenons la définition de Lameul (2006), soit : « *la manifestation d'un état mental, façonné par nos croyances et orienté par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification* »³⁷¹. Le sens et la justification des comportements adoptés correspondent ainsi à une adéquation entre les représentations des acteurs en présence (patients et professionnelles).

La difficulté à adopter une posture claire peut s'expliquer par l'imbrication de la vision inhérente à chacune de ces pratiques et par la confusion qui s'en suit (écrite, orale et organisationnelle) de manières individuelle et collective. En effet, contrairement aux visions du monde qui correspondent aux grandes orientations des deux principaux modèles de santé, **les attentes ambivalentes du système de santé et des patients** renvoient aux situations concrètes. Celles-ci, toujours placées au cœur de la vie et de la mort, peuvent fluctuer en fonction des acteurs (professionnelles et patients) mais aussi en fonction du moment que chacun d'eux traverse. Laplantine (1992) relève cette ambivalence au travers du rapport instrumental que la plupart d'entre nous entretient avec la maladie lorsque nous y sommes confrontés. Autrement dit, et sur le versant de la

³⁷¹ LAMEUL, G. (2006). *Former des enseignants à distance ? Etude des effets de la médiatisation de la relation pédagogique sur la construction des postures professionnelles*, thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Nanterre : université de Paris-X. p. 112.

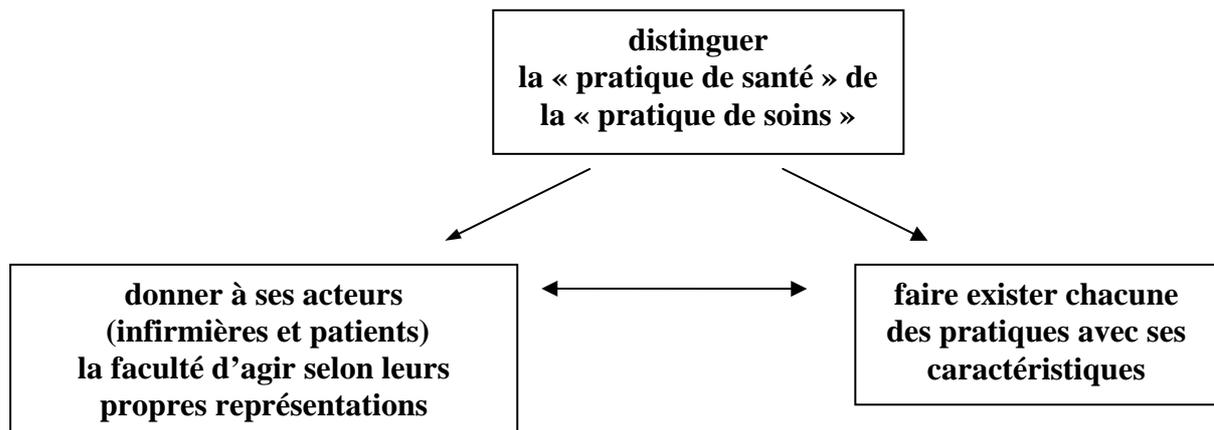
santé, la perspective propre à chaque personne, en fonction de sa situation, l'amène à passer d'un modèle de référence à l'autre.

La complexité d'un tel système demande par conséquent de clarifier sa posture et par là-même d'aider l'autre (pairs et patients) à le faire à partir de la situation et des valeurs qui sont les leurs.

Clarifier sa posture selon ces deux modèles de santé consiste à donner à chacune des pratiques, la « pratique de santé » et la « pratique de soins », une réalité qui ne se confond pas avec la réalité de l'autre. C'est leur donner un repère qui les fait (re)connaître par les infirmières comme par l'institution.

Par extension, c'est leur donner une existence qui permet à ses acteurs (les infirmières et les patients) de sortir de la confusion (entre ces deux pratiques) et d'agir selon leurs représentations (de la santé). C'est permettre que soient développés des comportements de santé aux côtés de comportements de soins qui, tout en étant différents, sont identifiés à la profession infirmière et à sa pratique.

Figure 9– Dynamique des pratiques professionnelles infirmières



Ainsi, la clarification de sa posture par la professionnelle et par l'institution permet à l'infirmière de se positionner selon ses propres représentations de la santé dans son environnement quel qu'il soit. C'est, nous semble-t-il, à cette condition que l'infirmière peut véritablement devenir, non seulement « produite par son environnement », mais également et réellement « productrice de cet environnement » (BANDURA, 2003). La question des représentations de l'infirmière et celle de la posture qui l'accompagne concernent alors les deux types de pratiques.

Dès lors, la mise en évidence de l'importance des représentations de l'infirmière elle-même, quant à son modèle de santé en regard de sa pratique, nous amène à reprendre la définition de l'autonomie initialement proposée dans cette recherche pour la préciser.

En effet, les résultats montrent que l'autonomie professionnelle définie au seuil de cette recherche comme la puissance personnelle d'agir de l'infirmière selon une « pratique de

santé », correspond alors à l'adéquation entre les représentations de la santé de l'infirmière et l'orientation de sa pratique, « santé » ou « soins », et non à sa puissance personnelle d'agir selon une « pratique de santé » exclusivement, bien que l'accent (relatif à la formation) soit actuellement mis prioritairement sur celle-ci sans que soient interrogés les liens ou non-liens avec l'orientation « soins ».

Or, la nécessité d'une double approche correspond aux différents paradigmes présents au sein de l'hôpital et dans le système de santé. Dès lors, c'est leur explicitation et leur mise en mots par leurs actrices qui semblent pertinentes, aussi bien pour le patient et sa santé que pour l'infirmière et le sens qu'elle peut donner à sa pratique. Ainsi, l'explicitation des représentations de référence de l'infirmière quant à la santé en regard de sa pratique permettrait le déploiement :

- d'une adéquation entre l'offre des professionnelles et/ou de l'institution et la demande des patients (qui peut tout-à-fait correspondre à celle d'une « pratique de soins »),
- d'une autonomie dans les pratiques infirmières qui repose sur la puissance personnelle d'agir de l'infirmière à partir de la pratique « santé » ou « soins » qui se réfèrent explicitement à ses propres objectifs.

Autrement dit, c'est la clarification par la professionnelle de son intentionnalité (au travers de l'objectif) qui permettrait de parler d'autonomie. Une autonomie déterminée par :

- **sa capacité à clarifier l'orientation « santé » ou « soins » de sa pratique (soit l'objectif visé),**
- **sa croyance en sa capacité à développer cette pratique « santé » ou « soins » (sentiment d'efficacité personnelle) en regard de ses propres valeurs et du contexte donné.**

Cette capacité à être l'auteur de l'orientation de sa pratique renvoie à la posture de l'infirmière et rejoint la définition de l'autonomie livrée par Kant comme la « capacité d'agir selon sa propre loi ». Ce faisant, elle souligne la nature consciente et explicite de cette « loi » au travers d'une posture clairement définie.

Ceci nous amène alors à une définition de l'autonomie dans les pratiques infirmières comme la puissance personnelle d'agir de l'infirmière, non ciblée sur une « pratique de santé » exclusivement, mais sur une pratique définie selon l'orientation choisie par la professionnelle et explicite pour l'individu comme pour l'institution.

Cependant, la difficulté de l'adoption de cette posture concerne probablement aussi le manque d'expertise de l'infirmière et souligne les compétences indispensables au déploiement de ces deux pratiques. Les résultats de la recherche montrent que les deux pratiques : la « pratique de soins » comme la « pratique de santé », renvoyant à deux postures et à leur développement, concernent des professionnelles qualifiées (IS, ICUS,

ICS). Celles-ci présentent par ailleurs des pratiques autoformatives plus élevées que celles de l'ensemble des professionnelles.

Ainsi, il est possible de penser que la clarification par l'infirmière d'une posture qui lui est propre et sa capacité à la déployer au travers de sa pratique renvoient toutes deux au niveau de formation d'une part et à la nature de la formation d'autre part.

A cet égard, les résultats concernant la formation réorientée offrent une perspective intéressante en vue de l'autonomie dans les pratiques infirmières. Ils concernent en particulier les diplômées formées au moyen de celle-ci.

7. II – La formation réorientée : un levier vers l'autonomie dans les pratiques infirmières

A partir de la réorientation de la formation initiale des infirmières, en termes de contenus et d'approche pédagogique, cette deuxième partie met en évidence, à défaut des « pratiques de santé » attendues de la part des jeunes infirmières, leurs pratiques autoformatives simultanément à un contrôle interne élevé sur leur formation.

Elle montre en quoi, ces acquis, de par leur nature, contribuent au développement d'une posture professionnelle claire, nécessaire à l'autonomie des pratiques infirmières.

7. II – 1 Les pratiques autoformatives et le locus de contrôle interne des jeunes diplômées, un nouveau rapport au savoir.

La recherche empirique met en évidence quatre résultats significatifs au travers des traitements statistiques (variance et régression) qui montrent que :

- 1) les diplômées exerçant la même fonction depuis moins de 3 ans développent plus de pratiques autoformatives que celles exerçant la même fonction depuis plus de 10 ans (variance),
- 2) les infirmières spécialisées développent plus de pratiques autoformatives que les infirmières diplômées (variance),
- 3) plus les infirmières se forment à partir de leur choix et plus elles développent de pratiques autoformatives (variance),
- 4) le sentiment d'efficacité et le contrôle interne augmentent les pratiques autoformatives (régression).

Ces résultats peuvent être mis en regard de la réorientation des formations initiales en Suisse romande depuis 1992 et, à leur suite, celle des formations continue et postgrade.

Ils mettent également en lumière l'importance du rôle des facteurs personnels (SEP, SEC et locus de contrôle interne) des infirmières sur leurs pratiques autoformatives.

Ces deux éléments peuvent être envisagés sous l'angle de l'approche sociocognitive (BANDURA, 2003). Ils confirment l'importance de la relation entre facteurs personnels, comportementaux et environnementaux dans la régulation des comportements, ici vis-à-vis de la formation. Autrement dit, ces résultats peuvent faire penser que les nouvelles approches de leur formation initiale et continue, adoptées

depuis 1992, amènent les professionnelles à un rapport au savoir et au monde différent qui apparaît au travers :

- du lien qu'elles établissent entre théorie et pratique dans leurs situations de travail,
- d'une position d'actrices vis-à-vis de leur formation.

Ce nouveau rapport au savoir et au monde s'appuie sur un sentiment d'efficacité et un contrôle interne sur leur formation qui s'est probablement construit par et durant la formation.

A cet égard, Benner (1995) précise que :

« le développement des connaissances (savoir) dans une discipline appliquée consiste à développer les connaissances pratiques (savoir-faire) grâce à des études scientifiques fondées sur la théorie et par la consignation du « savoir-faire » existant, développé au cours de l'expérience clinique vécue lors de la pratique de la discipline. »³⁷².

Cette définition met l'accent sur la relation réciproque entre le « savoir-faire » et le « savoir » et sur le mouvement à effectuer entre les deux. Elle place de ce fait les conditions de l'apprentissage précisément dans l'articulation de ces deux pôles de manière contextualisée en situation de travail. Cependant, ce passage d'un « savoir-faire », qu'il est parfois impossible d'expliquer théoriquement, à un « savoir » théorique qui ne colle pas directement aux situations rencontrées, ne va pas de soi. Il suppose la construction même de cette expérience. Et c'est précisément celle-ci qui est au centre des approches réalisées par les sites de formation en Suisse romande.

Notons également que cette formation réorientée met l'accent sur le « savoir » et le « savoir-faire » là où elle privilégiait le « savoir-être » et marque alors un tournant dans l'approche de l'apprentissage social des infirmières. En effet selon la définition suivante :

« le savoir-être décrit les comportements permettant aux salariés d'agir de manière efficace, c'est-à-dire en conformité avec les normes sociales dominantes et le système de pouvoir. Il est aussi une compétence transversale qui précise les comportements légitimes, c'est-à-dire cohérents, avec le type d'intégration dans l'organisation. »³⁷³.

Ainsi, l'introduction du « savoir infirmier » et son intégration dans les pratiques paraissent d'autant plus importantes qu'elles ouvrent un espace qui va bousculer cette mise en conformité des comportements (infirmiers) avec les normes sociales dominantes³⁷⁴.

³⁷² BENNER, P. (1995). *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Paris: InterEditions. p. 8.

³⁷³ BELLIER, S. (2004). *Le savoir-être dans l'entreprise*. Cahors: Vuibert. p. 122.

³⁷⁴ Le « savoir-être » concerne également une approche de l'autre nécessaire au déploiement d'une « pratique de soins » ou d'une « pratique de santé » définie comme « une aide [qui] ne sera soignante que si elle procède d'une intention explicite de porter une attention particulière et respectueuse aux personnes en la singularité de leurs situations et en vue d'être aidant pour elles. » HESBEEN, W. (juin 2002). Les savoirs soignants, entre art et science. *Revue Soins*, n° 666, p. 49.

Autrement dit, les infirmières durant leur formation ont fait l'expérience d'un savoir qui se construit à partir de situations concrètes d'une part et de leur questionnement d'autre part. A travers cette approche, elles expérimentent le statut vivant de la connaissance qui n'est pas donné une fois pour toutes de l'extérieur mais qui provient ici encore d'une relation entre soi, l'autre et le monde. Ce processus prend en compte les conditions nécessaires au développement des compétences qui favorisent l'autoformation : la capacité à tolérer l'incertitude, la capacité à constituer un réseau en fonction des besoins, à réfléchir sur et dans l'action et à se connaître comme apprenant (TREMBLAY, 1995).

Cette approche, en les plaçant comme actrices de la construction de leurs connaissances, bouscule et change les représentations des infirmières quant au statut du savoir et à celui de l'apprenant. Il change leur rapport au monde.

Ce changement se traduit par l'utilisation que les professionnelles font d'une part du groupe de leurs collègues et d'autre part d'elles-mêmes au sein des situations qu'elles rencontrent.

Elles utilisent ainsi et de cette manière :

- le dispositif de travail comme espace pour apprendre en développant d'une part le partage de leur réflexion avec leur collègue et en observant leurs bonnes pratiques (chapitre 5) ; ce faisant, elles contribuent probablement à la construction d'un SEC (comme en témoignent les diplômées 2004 qui présentent un SEC significativement plus élevé que l'ensemble de l'échantillon³⁷⁵),
- leurs dispositions, en s'investissant dans l'appropriation de nouveaux savoirs, en utilisant de nouvelles connaissances, en recherchant dans leur environnement les ressources (documentation et/ou collègues) pour comprendre et faire face aux situations qui se présentent (chapitre 6).

Cette double approche, disposition et dispositif, s'inscrit dans les courants de recherche actuels et en particulier au sein de l'équipe « apprenance et formation des adultes » du CREF (CARRE, 2005).

Par ailleurs, la formation (spécialisation ou formation continue) semble favoriser le processus de formation qui apparaît dans la recherche au travers des infirmières spécialisées et du nombre de jours de formation effectués au cours des 12 derniers mois. Ainsi, plus les professionnelles se sont formées, plus elles développent de pratiques autoformatives. Inversement, moins elles se sont formées (moins de 3 jours), moins elles développent de pratiques autoformatives simultanément au fait qu'elles présentent un contrôle interne plus bas que leurs collègues.

³⁷⁵ Annexe 35.

Ces éléments confirment l'importance des facteurs personnels dans l'acte de formation et interrogent la prise en compte de la motivation des professionnelles pour la développer.

Autrement dit, l'agentivité relative à la formation (soit leur puissance personnelle d'agir vis-à-vis de leur formation) relève de facteurs personnels, sentiment d'efficacité et contrôle interne, qui favorisent les pratiques autoformatives.

Ainsi, et bien que les jeunes professionnelles ne semblent pas privilégier une « pratique de santé », les caractéristiques propres à la formation initiale et continue et leurs effets sur le rapport au savoir et au monde des professionnelles nous semblent offrir des conditions de développement d'une posture professionnelle clairement définie.

7. II – 2 Les nouvelles approches de la formation comme levier de l'autonomie professionnelle des infirmières

Les résultats relatifs aux pratiques autoformatives peuvent être rapprochés de l'autonomie professionnelle définie comme la puissance personnelle d'agir des infirmières selon leur propre représentation de la santé dans un contexte donné. Nous tentons ici de le démontrer en considérant les facteurs individuels d'une part et situationnels d'autre part, sur la base des indicateurs issus de notre recherche.

Les facteurs individuels portent sur le changement de rapport au savoir (croyance et représentation) de soi, de l'autre et de l'environnement des professionnelles, tel que nous venons de le présenter.

Les facteurs situationnels portent, quant à eux, sur les nouvelles pratiques de formation initiale et continue et sur le statut de la formation tertiaire universitaire depuis 2000 en Suisse romande. Tous deux s'inscrivent dans le courant de l'apprentissage qui touche l'ensemble des secteurs aujourd'hui.

Les résultats de l'enquête traduisent un changement de rapport au savoir dans la culture infirmière en mettant en évidence des pratiques de formation au dessus de la moyenne chez les jeunes infirmières et en dessous de la moyenne chez leurs aînées. Or, le rapport au savoir est rapport au monde, à soi-même et aux autres. Il indique que le sujet se rapporte à quelque chose qui lui est extérieur, le monde, qui implique son activité. (CHARLOT, 1997)

Les pratiques autoformatives explorées dans cette recherche visent précisément à mettre en lumière ce lien avec l'autre et avec soi au travers : du partage, de l'observation et de la recherche de ressources extérieures, de même qu'au travers de recherche, d'utilisation et d'intégration conscientes de nouveaux savoirs.

Au travers du score élevé des jeunes diplômées, ce rapport au monde, à l'autre et à soi place ces professionnelles comme actrices au sein de leur environnement et développe ainsi chez elles un positionnement conscient qui influence leur rapport avec leurs partenaires professionnels d'une part et avec les patients d'autre part.

Par ce rapport aux patients pourrait alors émerger la prise en compte, au sein d'un système centré sur la maladie, de la personne du patient pour construire avec lui et à partir de ses représentations son projet de soins et les moyens de le mettre en œuvre.

Les capacités contributives à une approche autoformative telles que de *tolérer l'incertitude* et de *se connaître comme apprenant* (TREMBLAY, 2003) vont également influencer le type de relation de l'infirmière avec le patient. Elles vont ainsi lui permettre de développer sa posture, à partir de sa manière d'envisager la situation, sa place, celle du patient au sein d'un environnement donné.

Dans cette perspective, la « pratique de santé » qui se rapporte au soutien, à la relation et la formation du patient va offrir un modèle susceptible de faire émerger les ressources du patient vis-à-vis de sa santé au-delà, ou en deçà de conseils, de prescriptions et d'évaluations par le type de relation et de rapport au monde partagés. Ce faisant, cette « pratique de santé » est susceptible de répondre à une des recommandations faite aux professionnelles face aux patients atteints de maladies chroniques :

« ... notre analyse confirme l'importance de l'*empowerment* comme alternative à la compliance en tant que principe pour guider la relation de soins et d'éducation. Une relation de soins visant l'*empowerment* du patient peut être définie comme une relation s'appuyant sur un patient-sujet et s'inspirant d'une philosophie humaniste qui affirme le droit à l'auto-détermination de chaque individu et qui reconnaît à chaque personne la capacité et le désir d'être l'acteur de sa vie. Dans une telle perspective, la finalité de l'éducation dans la relation de soins est de permettre aux patients d'exercer un meilleur contrôle sur sa vie, et pas seulement sur leur maladie et leur traitement. Pour cela, les contenus des interventions éducatives ne devraient pas se limiter à des objectifs de développement de compétences spécifiques, liées à la gestion de la maladie, mais devraient s'étendre à des compétences psychosociales générales, qui sont parfois aussi appelées des compétences de vie (« *lifeskills* », WHO, 1994) »³⁷⁶.

Autrement dit, l'approche de formation vécue au travers de sa formation par l'infirmière devrait lui permettre de prendre en compte :

- elle-même comme sujet et actrice, non seulement de ses activités de formation mais également de celles qui touchent sa pratique professionnelle,
- l'autre, le patient et le collègue, dans leur environnement.

Ce type de rapport au savoir et au monde peut donc influencer l'infirmière dans sa manière tant de collaborer que de développer son autonomie professionnelle, dans son orientation santé ou soins.

De plus, le sentiment d'efficacité personnelle qui augmente les pratiques individuelles de formation (recherches documentaires, appropriation de nouveaux savoirs, utilisation de nouvelles connaissances) et le sentiment d'efficacité collective (partage et observation de bonnes pratiques), qui renvoie aux pratiques plus collectives,

³⁷⁶ AUJOULAT, I. (2007). L'empowerment des patients atteints de maladie chronique des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire, thèse pour le doctorat de psychologie de la santé. Bruxelles : Université Catholique de Louvain, Ecole de Santé Publique. Chapitre de synthèse, p. 31-32.

apparaissent comme des ressources propres à augmenter ces pratiques de formation d'abord et professionnelles ensuite.

Par conséquent, les pratiques autoformatives des jeunes diplômées contribuent à la professionnalisation du secteur infirmier, soit du champ de la santé. En effet, l'approche autoformatrice, de par sa nature : apprendre par soi-même en relation étroite avec soi, l'autre/les autres et son environnement, permet la construction d'une posture et son développement au sein d'un environnement donné.

Ce faisant, elle participe à l'autonomie professionnelle telle que nous l'avons définie : la puissance personnelle d'agir de l'infirmière au travers d'une pratique déployée à partir de sa propre représentation de la santé, explicite pour l'individu comme pour l'institution.

Enfin, le contrôle interne, simultanément au sentiment d'efficacité, augmente les pratiques autoformatives et souligne ainsi l'importance des facteurs personnels des infirmières sur leurs comportements.

7. III – Les perspectives théoriques de la recherche, ses limites et ses nouvelles questions

Au travers d'un retour critique sur la problématique et le modèle d'analyse qui l'a sous-tendu, la troisième partie aborde les perspectives théoriques de ce travail.

Premièrement, elle clarifie la notion d'autonomie dans le champ infirmier à partir de l'approche sociocognitive en la distinguant de la dépendance statutaire de sa pratique.

Secondement, elle interpelle le modèle d'intermédiaire culturelle qui identifie les pratiques de santé et de soins conjointement comme « la matrice disciplinaire de la profession infirmière » (NADOT, 2002a).

Enfin, elle met en évidence les limites de ce travail et trace les perspectives théoriques nouvelles qui peuvent être formulées.

7. III – 1 Une définition sociocognitive de l'autonomie

Nous reprenons les différents éléments de notre thèse afin d'en souligner les apports les plus significatifs à la communauté scientifique et professionnelle.

C'est à partir de la difficulté des infirmières à développer leur pratique de santé identifiée à leur autonomie au sein du milieu hospitalier que notre questionnement a pris forme. Cette difficulté, largement répertoriée dans la littérature spécialisée, interroge de plus en plus les milieux de la santé à différents niveaux : professionnel, économique et politique.

Comment expliquer cette difficulté alors même que la formation initiale et post diplôme des infirmières a été fondamentalement réorientée à la suite des recommandations de l'OMS vis-à-vis de l'évolution des besoins en santé de la population. Cette nouvelle approche de formation ramène l'infirmière à sa spécificité, la santé, au travers de

contenus centrés sur la santé d'une part, avec une approche relative à l'apprentissage à partir d'une approche réflexive d'autre part. Elle offre ainsi les conditions permettant à l'infirmière de prendre sa place d'actrice dans le système de santé.

La revue de la littérature fait émerger une tension liée à une double injonction faite aux infirmières quant à leur pratique (indépendante et déléguée) qui ravive la question récurrente de leur autonomie au sein du système de santé en regard de leur statut dépendant.

La première partie de notre thèse identifie deux pratiques attendues et développées par les infirmières au cœur de leurs activités : une « pratique de santé » centrée sur le patient et sa définition de la santé et une « pratique de soins » centrée sur l'ensemble des soins auprès du patient selon la définition de la santé de l'institution.

Elle cherche ainsi au seuil de cette thèse à clarifier l'autonomie qu'elle définit alors au travers de la puissance personnelle d'agir empruntée à Ricœur (2004) centrée sur une « pratique de santé ».

La démarche empirique a priori est opérationnalisée à l'aide du modèle de relation triadique réciproque (BANDURA, 2003), pour expliquer quels sont les facteurs qui contribuent à la puissance personnelle d'agir (l'agentivité) de l'infirmière selon une « pratique de santé ».

Les deux pratiques infirmières sont recherchées au moyen d'un questionnaire (diffusé à n=1951 exemplaires dans un CHU en Suisse) en vue d'identifier les comportements que les infirmières disent privilégier. Le dispositif est construit en référence à une théorie de l'activité soignante : la « médiologie de la santé » (NADOT, 1993) qui intègre les deux pratiques dans son modèle.

Les pratiques autoformatives sont également recherchées à partir de modalités construites en référence à nos précédents travaux (PIGUET, 2002) afin d'identifier la place de la formation réorientée vis-à-vis des pratiques de formation.

Le sentiment d'efficacité, personnelle et collective, identifié en regard du travail (FOLLENFANT, A., MEYER, T., 2005) est ensuite relié aux pratiques professionnelles de santé et de soins ainsi qu'aux pratiques autoformatives.

Les résultats issus des traitements statistiques sont envisagés à la lumière de la problématique et de la littérature qui croisent à la fois le champ de la santé (sous l'angle des pratiques des professionnelles infirmières) et celui de l'éducation.

Ils mettent en évidence :

- la place de l'environnement et de ses priorités dans l'orientation de la pratique professionnelle des infirmières au travers d'un SEP qui augmente la « pratique de soins »,
- l'importance des facteurs personnels des infirmières par la valeur qu'elles attribuent à leur « pratique de santé »,

- le développement de pratiques autoformatives chez les professionnelles les plus formées d'une part (IS) et chez les professionnelles formées selon les nouvelles approches pédagogiques d'autre part.

Ainsi, si les pratiques autoformatives des infirmières ne montrent pas de prédilection vis-à-vis de l'une ou l'autre des orientations professionnelles développées par les infirmières, elles présentent néanmoins un potentiel intéressant de clarification de chacune de ces orientations.

Ce faisant, elles contribuent à l'autonomie dans les pratiques infirmières au travers de l'autodétermination des professionnelles vis-à-vis de leur pratique professionnelle et de son développement.

Nous pouvons résumer ainsi les apports de notre recherche :

Cette thèse propose le passage d'une définition politique de l'autonomie infirmière correspondant à un statut déterminé par d'autres (environnement) à une définition sociocognitive de l'autonomie dans les pratiques infirmières, c'est-à-dire celle où l'infirmière est capable d'influencer son comportement selon ses propres représentations de la santé dans un contexte donné.

Ce passage implique un double mouvement, celui :

- de la clarification d'activités (autonomes ou dépendantes) à la clarification d'une posture (santé ou soins),
- d'un pouvoir donné/laissé à d'autres (environnement) à un pouvoir exercé sur soi (comportement) par la clarification de ses propres représentations de la santé.

Ce travail précise ainsi **la définition de l'autonomie qui réunit la puissance personnelle d'agir et la détermination de son but par l'acteur lui-même en regard de ses propres représentations explicitées**. Celle-ci rejoint les travaux de Deci et Ryan³⁷⁷ (CARRE, 2005) qui mettent en évidence l'importance de se sentir l'auteur de ses décisions et de ses actes pour agir. Notre définition met cependant également l'accent sur l'adéquation des représentations de l'auteur avec ceux véhiculés de manière dominante par l'environnement dans lequel se déroule l'action. Ce faisant, il distingue l'agentivité de l'autonomie.

7. III – 2 Le modèle d'intermédiaire culturelle en question

L'opérationnalisation de la pratique professionnelle infirmière a été réalisée grâce au modèle de médiologie de la santé. Ce modèle présente la pratique infirmière en intégrant les deux postures : soins et santé, telles que nous les avons décrites. Il les réunit ainsi pour en faire « la matrice disciplinaire de la profession infirmière » (NADOT, 2002a).

³⁷⁷ DECI, E., RYAN, R., (2000) What is the self in the self directed learning, in Straka, G. (éd.) *Conception of self-Directed Learning*, Münster, Waxmann.

Deux éléments de ce modèle nous questionnent à partir de notre définition de l'autonomie dans les pratiques infirmières élaborée sur la base des résultats de cette recherche.

- Le premier concerne le contenu de ce modèle et son double message entre médiologie et médiation.
- Le second se rapporte à l'agencement interne du modèle et la place de l'infirmière présentée comme seule prestataire des soins au client. Tous deux interrogent la place occupée par l'infirmière au sein du système de santé.

En regard de la première question, l'intégration de la médiologie et de la médiation dans ce modèle de médiologie de la santé rend particulièrement bien compte de la pratique telle qu'elle est vécue aujourd'hui avec les tensions qu'elle engendre. Or, la définition même des éléments de ce modèle rend compte du paradoxe. En effet, sur le plan sémantique, la médiation se situe à l'intermédiaire et dans un « *service rendu à* » trois cultures (institution, corps médical et patient), elle renvoie à l'« entre », existant par et à travers l'autre. Alors que la médiologie (DEBRAY, 2000), quant à elle, s'intéresse aux conditions de diffusion d'un message et fait place à un espace d'une autre nature par l'acteur concerné.

Ainsi, ce modèle présente ce que tente de réaliser l'infirmière, soit répondre à l'ensemble des demandes, lesquelles ont évolué et se multiplient.

En effet, le monde a changé et la *médiologie de la santé* et son modèle d'*intermédiaire culturelle* ont été élaborés à partir de l'histoire d'une pratique « infirmière » laïque au XVIII^e siècle, identifiée au travers de nombreux textes et références existant et datant de cette époque.

Si bien que l'explicitation du réel d'aujourd'hui se base sur une pratique développée il y a deux siècles qui demande à être vérifiée et repensée.

En effet, aujourd'hui, et parmi les évolutions les plus marquantes, nous pouvons relever :

- un rapport à la santé et à la maladie qui est placé au centre des préoccupations individuelles, sociales, économiques et politiques,
- une place plus importante faite à la personne face au groupe social,
- une complexité due à des technologies toujours plus sophistiquées,
- des moyens de communication, de traitement de l'information et d'organisation qui prennent de plus en plus de place dans les prestations,
- une diversification des professions de la santé.

En regard de ces éléments, l'approche simultanée de cette double pratique, « matrice disciplinaire des sciences infirmières », semble surdimensionnée si elle s'adresse à une seule personne. Ainsi, parmi les six photographies dressées par Bouvet et Sauvaige (2005), pour expliquer le malaise infirmier, trois d'entre elles illustrent les effets de ce surdimensionnement au travers de :

- « la culpabilisation des infirmières face à l'écart entre leur idéal professionnel et la possibilité de le mettre en œuvre [comme] source d'insatisfaction et de plaintes récurrentes »,
- « l'identité infirmière est mise en danger par l'écart existant entre l'idéal éthique des soins infirmiers et la possibilité de le mettre en pratique »,
- « cette insatisfaction et ces plaintes récurrentes s'expriment principalement par le leitmotiv de « manque de temps » »³⁷⁸.

La nécessité d'effectuer un choix explicite de sa posture pour chaque professionnelle apparaît alors vitale. Si le modèle de médiologie présente bien « ces différentes modalités d'application du rôle professionnel »³⁷⁹, il constate simplement le développement de chacune « ... selon les indications de la hiérarchie soignante, les valeurs implicites de référence ou le positionnement des responsables de service »³⁸⁰. C'est bien alors l'explicitation de ce choix à différents niveaux d'organisation (institutionnel et personnel) qui est proposé comme évolution au modèle de médiologie.

Par ailleurs, se positionner pour l'infirmière suppose aussi adopter une vision plus large des acteurs des soins. Ce qui signifie pour les infirmières, et nous arrivons à notre seconde question, de reconsidérer leur place au sein du système de santé vis-à-vis du patient et de chacun de leurs partenaires.

A cet égard, l'agencement du modèle fait apparaître un flottement qui peut être révélateur et interroge la place de l'infirmière dans le dispositif de santé.

En effet, dans le modèle de médiologie de la santé, l'infirmière apparaît comme la prestataire unique du patient. Le glissement se fait par la mention de trois services rendus : à l'institution, au corps médical et *au patient*. Alors que chacun de ces services renvoie à trois « ordres » décrits par Nadot : « l'ordre hospitalier, l'ordre médical et l'ordre soignant non-médical »³⁸¹. Or, l'ordre soignant non-médical n'est pas égal à la personne soignée et ne peut être confondue avec celle-ci.

Autrement dit, les deux degrés d'intervention³⁸² (NADOT, 2002a) concernent chacun, une seule des pratiques : santé ou soins, selon le choix de sa posture par l'infirmière, soit :

- le « *service rendu à* » chacune des trois cultures qui, elles, sont centrées sur le patient (l'infirmière aura alors pour premiers clients, les acteurs de chacune de ces cultures y compris la sienne) à partir de leur propre définition de la santé. L'approche sera alors celle d'une « pratique de soins », c'est-à-dire les soins au

³⁷⁸ BOUVET, A., SAUVAIGE, M., (dir.). (2005). Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique. Bruxelles: De Boeck. p. 26.

³⁷⁹ Figure 2.

³⁸⁰ NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 61-62.

³⁸¹ « Un ordre contient des valeurs et des normes différenciées et particularisées, qui toutes requièrent des références culturelles afin d'avoir un sens et une légitimité. » p. 44 (NADOT, 2002a)

³⁸² Figure 1.

patient et leur organisation selon l'approche de la définition de l'institution au travers de tous ses acteurs,

- le « *service rendu au patient* » au travers d'une « pratique de santé » qui place ainsi celui-ci comme premier client, c'est-à-dire l'organisation ou/et la réalisation des activités auprès du patient selon la définition de la santé de celui-ci.

En réalité, la personne soignée est cliente de chacune des cultures présentes à l'hôpital. Celles-ci traduisent les différents paradigmes et visions de la santé qui traversent cet espace et dont le patient peut bénéficier au travers d'une offre correspondant à ses besoins en santé. Ces besoins sont alors gérés avec le client (selon une posture santé et/ou soins) par l'ensemble des professionnelles et des cultures en présence.

Par ailleurs, les recherches et études dans le domaine de la formation, du management et de la médecine mettent en évidence la nécessité d'une approche interdisciplinaire ainsi que celle d'une vision de la maladie et de la santé qui prend en compte les diversités culturelles et qui donne une place plus importante à la personne soignée, à sa famille et à son environnement (CLEMENS-CARPIAUX, 2005 ; GADAMER, H.-G., 1993 ; HESBEEN, W., 1998, 1997 ; PARKER SHANNON, V. J., 2002 ; PERRIG-CHIELLO, P., STAHELIN, H.B. (dir.), 2004).

L'ensemble de cette évolution ne peut coexister avec une représentation de l'« infirmière » comme seule prestataire de soins auprès de la personne soignée.

Ce glissement interroge la place prise (ou à prendre) par l'infirmière face au patient aux côtés des autres professionnelles. La possibilité pour elle de se positionner clairement lui permettrait de dimensionner son rôle à sa mesure et de faire place aux autres professionnelles dans le dispositif. Elle pourrait ainsi apparaître comme une professionnelle capable de se positionner, de construire son savoir avec d'autres, de collaborer, de co-construire avec l'ensemble des partenaires concernés des projets qui visent la santé de la personne soignée (et non toute seule en dépit de ou contre eux).

La spécificité de l'infirmière correspond ainsi à deux postures qui sont à distinguer :

- une posture de santé, centrée sur le patient selon sa propre définition de la santé,
- une posture de soins, centrée sur le patient selon la définition de la santé de l'institution et des bonnes pratiques issues de recherches.

Ainsi, l'autonomie de la pratique de l'infirmière consiste en sa capacité à agir selon la posture clairement identifiée et adoptée en regard de ses propres représentations de la santé dans un contexte donné.

7. III – 3 Les limites de ce travail, ses contributions à la communauté scientifique et professionnelle et ses nouvelles questions

Le glissement interne au modèle de médiologie utilisé constitue une première limite de notre travail³⁸³. En effet, en référence à ce modèle, parmi les trois cultures auxquelles

³⁸³ Cf. chapitre 4.II-3. 2. 1 figure 6.

l'infirmière rend service, le « *service rendu au corps soignant non médical* » n'a pas fait l'objet de recherche de données ; elle a été comme son modèle superposée au « *service rendu à la personne soignée* ». Nous pouvons toutefois considérer que la « *fonction d'intermédiaire culturelle* », quant à elle, pouvait rendre compte de ce service rendu au travers de la nature de ces trois modalités : la médiation, la communication et le traitement de l'information. Le modèle reste néanmoins lacunaire et il serait maintenant intéressant de s'interroger sur les prestations particulières liées au « *service rendu au corps non-médical* ». Ceci aiderait peut-être l'infirmière dans l'adoption de cette posture renvoyant à une « pratique de soins » au travers de la « *fonction d'intermédiaire culturelle* ».

La double dimension de la recherche empirique entreprise, par un éclairage à la fois professionnel et de formation, constitue la plus grande limite de ce travail mais également sa richesse. En effet, le montage du dispositif d'enquête et le grand nombre de variables ont nécessité un apprentissage important de son auteur. Par ailleurs, les nombreuses données recueillies en ont été, de ce fait, sous-exploitées car certaines n'ont pas débouché sur des liens directs avec la question de recherche.

Sur l'angle de sa richesse, la construction du questionnaire a permis de croiser des variables relatives aux trois facteurs du modèle de relation triadique réciproque de Bandura dans deux champs différents : la formation et la pratique professionnelle. Elle a ainsi donné accès à des données intéressantes dans chacun de ces champs et entre eux en regard de la problématique. De plus, le montage du dispositif relatif aux pratiques professionnelles constitue à nos yeux un modèle permettant d'identifier les deux pratiques spécifiques de l'infirmière dans d'autres contextes comme les soins à domicile ou les établissements médico-sociaux.

La nécessité de clarifier ces deux postures dans ces contextes paraît d'autant plus nécessaire qu'ils concernent majoritairement une population de personnes âgées. Or, les besoins émergents de cette population renvoient à une définition de la santé très subjective. En effet, avec le vieillissement :

« la maladie n'est pas considérée comme anormale mais plutôt comme faisant partie de ce processus dynamique d'adaptation à un milieu en constante évolution. La santé est perçue comme l'aptitude à réagir promptement à la maladie et au handicap, à s'y adapter si nécessaire et à retrouver son équilibre. Cette vision relativise la notion de santé. L'idée qu'on se fait de l'état de bonne santé est alors très subjective. En ce sens, sa perception varie d'une personne à l'autre, d'une culture à l'autre, d'une époque à l'autre et selon le pays. »³⁸⁴

Ainsi, rapprochée de la maladie chronique, les soins à cette population font référence à la fois à une « pratique de santé » centrée sur la santé singulière du patient selon sa propre définition de la santé et à une « pratique de soins » centrée sur des références générales issues de recherches médicales selon la définition commune à la communauté

³⁸⁴ LECLLET, H., VILCOT, C. (2003). *Qualité en gérontologie*. Paris : AFNOR. p. 115.

médicale et institutionnelle. Pour répondre aux besoins particuliers de ces patients, ces deux pratiques ont à être précisées et explicitées avec et auprès de chaque patient.³⁸⁵

Par ailleurs, l'approche quantitative de type a priori, sans triangulation avec une approche qualitative, a limité l'approfondissement des résultats obtenus au travers du questionnaire. Ainsi, il aurait été intéressant de pouvoir identifier, au travers d'entretiens, les représentations de la santé et le modèle de santé sous-jacent des groupes de professionnelles privilégiant une « pratique de santé » et ceux des groupes privilégiant une « pratique de soins ». Le rôle joué par les représentations des professionnelles sur le choix de leur posture en regard du contexte dans lequel elles travaillent reste à explorer. Il permettrait d'approfondir les ressorts de l'autonomie dans les pratiques infirmières des professionnelles et sa construction. Cette exploration fera partie de nos prochains travaux à partir d'une approche centrée sur les compétences des infirmières. Celle-ci permettra d'une part de cibler les intérêts qui traduisent les représentations de la santé des professionnelles en regard de leur pratique et d'autre part de poursuivre les travaux dans le champ de l'autonomie par la mise en évidence des ressources.

La revue de la littérature présente également des limites puisque la grande majorité des sources consultées était en français. Cependant, la littérature québécoise, particulièrement riche dans le domaine des sciences infirmières, s'appuie largement sur les recherches et les travaux anglophones et nous a permis d'y avoir ainsi accès comme secondes sources. La prédominance germanophone en Suisse, et dans les activités de recherche en Suisse romande, nous a également permis d'avoir accès, comme secondes sources, à certains éléments de la littérature germanique spécialisée.

Enfin, en tant que professionnelle issue de la culture infirmière, travaillant dans le champ de la santé (au sein d'une institution de soins à domicile), notre implication constitue également une limite, celle de nos représentations. Cette limite se décline sur un double champ : celui de notre référence à une « pratique de santé » et celui de nos références à une formation qui se construit par soi-même. Elle peut également se lire sous l'angle d'une ressource, la connaissance intrinsèque de cette culture. Elle peut enfin se lire sous l'angle de l'apprentissage réalisé, celui d'un déplacement fondamental, au cours de l'ensemble de cette démarche de recherche, en regard de nos représentations de la pratique infirmière, de son autonomie et du travail de recherche.

Ainsi, arrivée au terme de cette étape que constitue la thèse de doctorat, nous pouvons reconnaître qu'une réelle posture de recherche s'est construite peu à peu. Elle nous conduit aujourd'hui à envisager plus particulièrement le questionnement que ses réponses avec une exigence d'approfondir les données recueillies, de les confronter entre elles et avec les différents résultats existants. Un travail toujours à faire et à poursuivre qui n'élimine pas la problématique et laisse le chercheur toujours et encore face à la question au doute et à l'incertitude (POURTOIS, 2001).

³⁸⁵ La Fondation Leenaards, soucieuse du développement des soins auprès de cette population en particulier a contribué au soutien financier de la présente recherche. [en ligne] <http://www.leenaards.ch/fr/>, consulté le 30. 03. 2008.

Les contributions de cette recherche à la communauté scientifique et professionnelle se présentent ainsi au travers des points suivants :

- une clarification de la notion d'autonomie dans les pratiques infirmières,
- la mise en évidence de la double dimension de l'agentivité, autonome et hétéronome
- une confirmation de l'importance de l'approche autoformative adoptée en formation initiale chez les infirmières dans la perspective du développement de cette autonomie,
- un dispositif d'enquête permettant de situer la pratique privilégiée par les infirmières dans un contexte donné.

Ces points soulèvent en particulier les deux questions suivantes :

- La question du développement d'un SEP au sein d'un contexte qui ne présente pas d'adéquation entre les représentations de la personne et celles de l'environnement dans lequel il évolue.
- La question du rôle des représentations dans la construction du SEP.

7. IV – Les perspectives pratiques et recommandations

Enfin, sur la base des connaissances issues de cette recherche et répondant à la question des facteurs qui contribuent à l'agentivité des infirmières, la quatrième partie esquisse deux perspectives pratiques. L'une se rapporte à la clarification des pratiques de santé au sein du contexte hospitalier et l'autre propose une réflexion relative à la formation initiale et continue des infirmières et s'appuie sur les ressources en présence.

7. IV – 1 La clarification des pratiques professionnelles : « pratique de santé » et « pratique de soins »

Les différents éléments présentés depuis la problématique et précisés au fil de la thèse jusqu'aux principaux résultats issus de l'enquête amènent à clarifier deux postures différentes chez l'infirmière, « pratique de santé » et « pratique de soins » toutes deux contenues dans la description de leur pratique professionnelle.

Notre recommandation porte sur cette clarification à différents niveaux d'organisation (ARDOINO, 1970), soit l'institution de formation, l'institution de soins, la professionnelle. Nous esquissons de manière synthétique les perspectives ainsi ouvertes et leurs enjeux.

7. IV – 1. 1 La clarification des pratiques professionnelles infirmières au niveau de l'institution de formation

La réorientation opérée par l'élaboration de nouveaux curriculums de formation quant aux contenus et à leur approche professionnelle et pédagogique a mis un accent très important sur le changement d'orientation et sur son intégration.

Or, il nous semble que la mise en évidence des deux grands paradigmes en vigueur au sein du système de santé, santé et maladie, devrait apparaître explicitement à tous les niveaux de la formation (curriculum, contenus et approche professionnelle). Ainsi, les étudiantes devraient pouvoir intégrer dès le départ la présence de ces deux approches de la santé.

Ceci permettrait à l'ensemble des étudiantes et des professeurs de ne pas opposer ces approches, voire occulter l'une d'entre elles (aujourd'hui celle de la maladie en miroir d'hier et de celle de la santé) mais bien de les situer dans les différents contextes et champs qui les concernent (politique, économique, médical, professionnel, historique, anthropologique, ...). Cette clarification contribuerait aux conditions permettant ensuite à chaque étudiante et future professionnelle de se situer au sein de ce système.

Par ailleurs, ceci contribuerait également à soutenir le mouvement de professionnalisation des infirmières à la fois dans le champ de la « santé » et dans celui de la maladie, tous deux alors clairement identifiés et développés au travers d'une formation rapprochée entre médecins et infirmières³⁸⁶. Le master de santé en cours d'élaboration, construit au sein et en collaboration avec la faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne en témoigne. Comme en témoigne également la création au sein de cette même université d'un institut de médecine générale (2007) soutenu et présenté par le chef du département de santé et d'action sociale du canton de Vaud :

«Centrée sur le patient et non sur un organe spécifique, la médecine générale fut longtemps considérée comme le parent pauvre d'une médecine de plus en plus segmentée et spécialisée. Le nouvel institut vient donc lui conférer le plein statut de discipline académique, au terme d'un long parcours poursuivi par le professeur Pécoud et un groupe de praticiens idéalistes. »³⁸⁷

Le côté « idéaliste » mentionné fait apparaître deux éléments qui nous semblent essentiels:

- ce mouvement de centration sur la personne et sa reconnaissance, soit sa légitimité, ne va pas de soi et ne concerne pas que les infirmières,
- cette légitimité émerge d'une clarification des rôles et des fonctions qui s'inscrit dans la formation initiale de tous les médecins³⁸⁸.

7. IV – 1. 2 La clarification des pratiques professionnelles infirmières au niveau de l'institution de soins

La mise en œuvre de la réorientation suppose son inscription au niveau même de sa structure et de son organisation au sein de l'institution de soins. Elle concerne aussi son développement au travers de sa politique de formation.

³⁸⁶ « ... selon le rapport de l'Académie des sciences médicales intitulé « La médecine du XXIe siècle ». Rapport qui prône, entre autres, une refonte globale du profil médical et infirmier de demain. » BRIOSCHI-LEVI, H. (2008). Interview ... *Journal La Source*, n° 1. p. 25.

³⁸⁷ Université de Lausanne (2007). Les habits neufs de la médecine. [en ligne] <http://www.unil.ch/jahia/site/central/cache>, consulté le 23.09.2007

³⁸⁸ Idem ci-dessus, dès 2010.

Dans cette perspective, le CHUV a intégré la nécessité de cette opérationnalisation au travers, entre autre, de son plan stratégique 2004-2008, du développement de la formation de cliniciennes, de la réorganisation de la direction des soins infirmiers (DSO).

Cependant, il nous paraît important, à la suite et simultanément à la formation initiale et aux nouveaux profils des professionnelles de penser la construction de leur SEP et SEC. Et ceci en distinguant formellement et explicitement les deux pratiques développées au sein de l'institution, c'est-à-dire en les rendant visibles au travers de leur présentation (en développant des aspects de promotion de la santé dans les cahiers des charges, au travers de l'organisation du travail au sein des unités, ...). Les résultats relatifs au groupe de cliniciennes témoignent de l'effet possible de cette visibilité et posent un jalon vers son développement.

Cette approche permettrait ainsi d'identifier les besoins de chacune de ces pratiques, santé et soins, au sein de l'institution et de créer les conditions de leurs déploiements. Elle permettrait ainsi de clarifier les besoins de la « patientèle » et l'offre explicite qui peut être faite à chacun de ses bénéficiaires de soins.

Enfin, cette clarification des deux grandes orientations, santé et maladie, contribuerait à permettre à chacune des professionnelles de se situer et d'identifier ses propres intérêts en vue de sa formation continue. Elle contribuerait à notre sens à déplacer le clivage entre les professionnelles « anciennement formées » et « nouvellement formées », au bénéfice d'une question de fond : le sens que chacune donne à sa pratique et l'importance qu'elle y attribue dans le système sanitaire.

7. IV – 1. 3 La clarification de ses pratiques professionnelles par l'infirmière

Si l'orientation de la pratique professionnelle vers la santé est déjà présente (24% des professionnelles de notre échantillon privilégient une « pratique de santé »³⁸⁹), elle n'est cependant pas explicite.

En effet, les professionnelles ont de la peine à s'en faire une idée suffisamment claire pour qu'elle devienne opérationnelle, notamment par un manque de formation (les ID présentent des PAF plus faibles que celles de l'ensemble de l'échantillon). Dès lors, il leur devient difficile de s'engager, de prendre la place qui devrait être la leur au sein de l'équipe de soins et de témoigner de leur identité. Ainsi, à court de légitimité et d'arguments, elles passent du temps et de l'énergie à revendiquer cette identité sans pour autant l'obtenir.

Notre recherche a montré que la formation continue peut largement contribuer à les aider à :

- clarifier l'orientation de leur pratique,
- développer un positionnement professionnel clair et explicite.

³⁸⁹ Les cliniciennes (n=27) ; les spécialisations « autres » (n=54) ; les ID diplômées entre 1986 et 1995 (n=108) et les sages-femmes diplômées entre 1986 et 1995 (n=10).

Cependant, distinguer ces deux pratiques et les clarifier ne signifie pas pour autant créer un clivage, un de plus, au sein de la pratique professionnelle des infirmières, au contraire. Nous avons vu que ce clivage existe au sein des pratiques et qu'il représente une tension entre les professionnelles et au cœur de la pratique de chacune. Ainsi, pour chaque professionnelle, clarifier sa posture lui permet de savoir et faire savoir où elle se situe, c'est-à-dire d'où elle agit et ceci aussi bien vis-à-vis d'elle-même, du patient, que de ses collègues et de l'ensemble de l'institution. Sa reconnaissance sociale nous semble pouvoir être acquise à ce prix, de même que la réponse aux besoins en santé aujourd'hui.

De plus, distinguer ces deux pratiques du point de vue de leur posture respective renvoie à la question de l'identité infirmière et pose une alternative à cette conclusion :

« L'identité infirmière pose problème, car elle est porteuse de concepts qui remettent en question la vision curative de la santé, et le système hospitalo-centriste mis en place par la technostructure. Du fait que l'infirmière place le malade au centre du système de santé, la reconnaissance de la profession infirmière est liée à la reconnaissance de la citoyenneté de la personne soignée. »³⁹⁰

7. IV – 2 Une formation continue de haut niveau qui s'appuie sur les ressources des professionnelles

Les retombées de cette recherche concernent également la formation des professionnelles dans sa dimension continue. Ainsi d'une part, la nécessité de développer une formation pointue et poussée pour chacune des deux pratiques est mise en évidence et d'autre part, l'approche de la formation à partir des ressources et non des lacunes est proposée.

7. IV – 2. 1 Une formation de haut niveau pour chacune des deux orientations de la pratique professionnelle, santé et soins

Les résultats montrent que les deux pratiques se développent chez les professionnelles les mieux formées et ceci autant au niveau initial que continu. Ainsi, les débats qui opposent aujourd'hui la Suisse romande et la Suisse alémanique quant au bon niveau de formation initiale à adopter, entre une haute école spécialisée (3 ans niveau *bachelor*) et une école spécialisée (3 ans au niveau tertiaire non universitaire) apparaissent alors comme de faux débats.

En effet, l'argument avancé majoritairement par la Suisse allemande (mais aussi individuellement au sein de la profession toute entière) porte sur la question de la proximité de la professionnelle avec le patient. Or, cette proximité, la clinique, requiert des connaissances et des compétences de très haut niveau pour faire face à la complexité de chacune des situations. Cependant, cette posture proche des patients est encore régulièrement associée aux activités de la vie quotidienne qui sont considérées comme des activités simples ne nécessitant pas d'intellectualisation mais un sens pratique et

³⁹⁰ AMOUROUX, T. (1998). *L'identité infirmière, entre recherche de reconnaissance et quête de sens*, mémoire pour le diplôme d'université de philosophie option éthique. Paris : Université de Marne-la-Vallée. p. 78.

manuel, rapide de surcroît³⁹¹ et donc déléguées à des professionnelles ayant un bas niveau de formation.

Ces points de vue renvoient à une représentation simpliste de l'humain et à une méconnaissance relative aux processus de développement et de maintien de la santé.

Par ailleurs, nous pouvons retrouver des traces de la question d'une formation complémentaire par des spécialisations déjà au début du siècle dernier aux USA et c'est un médecin, Dr. De Witt, qui écrivait :

« ...dans le journal américain des soins infirmiers que les spécialisations étaient nécessaires *afin de répondre aux défis posés par la civilisation présente et la science moderne qui demandent une grande perfection dans chacun des domaines de travail inconnu à ce jour ...* ». De Witt voyait la spécialisation dans les soins infirmiers comme parallèle à celle des médecins, dans un domaine limité.³⁹²

Avoir pensé les formations en strates de complexité démontre aujourd'hui qu'elles ne permettent pas de répondre toutes à la fois aux besoins de santé et de soins de la population. Elles ne répondent pas plus aux besoins de professionnalisation des infirmières nécessaires à leur positionnement dans le contexte socio-politique et économique actuel ni même à ceux de la maîtrise des coûts de la santé.

Dès lors, il deviendra probablement nécessaire de repenser les concepts de formation plutôt en termes de champs de pratique entre soins et santé, en offrant pour chacun des deux les niveaux de formation les plus élevés (bachelor, master et doctorat).

7. IV – 2. 2 Une formation continue à partir des ressources et non des lacunes

Les résultats issus de cette recherche renforcent l'intérêt d'aborder la formation continue à partir des ressources et non des lacunes des professionnelles et ceci pour les raisons suivantes :

- L'évolution des connaissances ne permet pas (plus) à une seule personne de maîtriser l'ensemble des savoirs relatifs à un domaine aussi vaste que celui de la santé. Il est alors plus intéressant que la professionnelle développe des connaissances pointues là où elle en possède déjà afin de les approfondir.
- Amener les professionnelles à choisir leur formation à partir de leurs ressources permettrait qu'elles explicitent leur pratique privilégiée et se spécialisent dans celle-ci et non systématiquement dans celle attendue par le contexte.
- Expliciter ses ressources, ses intérêts et ses compétences permet à la professionnelle d'identifier et donc de reconnaître son expertise, élément premier de la construction d'un SEP relatif à la pratique privilégiée par la

³⁹¹ Propos issus de la position de la directrice des soins infirmiers de la Clinique Bois-Cerf à Lausanne. Pour la formation ES de l'ensemble des infirmières. Journal La Source (2008). n°1, p. 28.

³⁹² POLETTI, R. (1992). Evolution mondiale et historique d'une fonction. *Objectif Soins*, n° 1. p. 28.

professionnelle. Ceci pourrait contribuer à la construction d'un SEP relatif à une « pratique de santé » notamment chez les jeunes professionnelles.

L'ensemble de ces propositions s'inscrit dans un processus d'*empowerment* des professionnelles quant à leur pratique qui se rapproche de celui décrit par Aujoulat (2007). En effet, ce processus pose la perspective d'un résultat qui présente la personne comme « autrement la même » avec « une image de soi réconciliée, un sentiment de cohérence, un sentiment de maîtrise, une capacité décisionnelle, une conscience de soi : »³⁹³

Par ailleurs, ces propositions rejoignent nos précédents travaux (PIGUET, 2002) et correspondent à un champ de recherche et d'exploration qui s'ouvre actuellement à l'Université Paris X-Nanterre au sein du laboratoire CREF³⁹⁴ et de son équipe : « Apprenance et formation des adultes », à savoir les applications pédagogiques de la psychologie positive.

Il est dès lors possible de penser qu'une telle approche pédagogique positive rencontre, au-delà et au travers des professionnelles infirmières, un écho et des développements sur le patient et sa santé.

³⁹³ AUJOULAT, I. (2007). L'empowerment des patients atteints de maladie chronique des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire, thèse pour le doctorat de psychologie de la santé. Bruxelles : Université Catholique de Louvain, Ecole de Santé Publique. p. 29.

³⁹⁴ UPX – CREF (EA 1589).

Conclusion

Arrivée au terme de la recherche, nous présentons synthétiquement dans sa conclusion ce qui a sous-tendu ce travail et ce qui a évolué dans la manière de considérer la problématique. Les apports du croisement des deux champs disciplinaires au sein desquels s'inscrit cette thèse sont mis en lumière et mettent un point final à ce travail.

La question de l'autonomie dans les pratiques infirmières, saisie et traitée à partir de la réorientation professionnelle, rapproche (au seuil de cette recherche) l'autonomie, concept flou par ailleurs, du « rôle propre » de l'infirmière associé à la promotion et le maintien de la santé, de type *care* (COLLIERE, 1982).

La revue de la littérature relève unanimement les tensions vécues au sein de la pratique infirmière et nous amène à clarifier, selon les deux grands paradigmes qui traversent le système de santé – santé et maladie – (BURY, 1988), deux orientations différentes. Une « pratique de santé », centrée sur le patient et ses représentations de la santé et une « pratique de soins », centrée sur les objectifs de l'institution et de ses acteurs selon leurs visions de la santé.

La recherche des facteurs favorisant le développement d'une « pratique de santé » au sein d'un CHU à l'aide de la théorie sociocognitive (BANDURA, 2003) par une approche quantitative bouscule nos représentations.

En effet, l'opérationnalisation de la question d'autonomie par le modèle de relation triadique réciproque la rapproche de l'agentivité. Cette dernière est présentée comme la puissance personnelle d'agir selon un objectif défini (BANDURA, 2003), objectif que nous précisons ici comme celui d'une « pratique de santé ». Or, la mise en évidence d'un SEP élevé (concept-clé de l'agentivité) des professionnelles privilégiant une « pratique de soins » et l'absence d'un SEP significatif des professionnelles privilégiant une « pratique de santé » infirme notre hypothèse selon laquelle les facteurs personnels (SEP, SEC) contribueraient au développement de l'agentivité centrée sur une « pratique de santé », définie comme la pratique autonome de l'infirmière.

Par contre, la valeur attribuée par l'infirmière à l'orientation de sa pratique professionnelle, et ceci quelle qu'elle soit, semble correspondre à son niveau de formation élevé doublé de pratiques autoformatives.

Dès lors, force est de constater que **l'autonomie dans les pratiques infirmières ne correspond pas à un champ particulier de la pratique (dit autonome) ni à des activités qui y seraient reliées, comme il est stipulé dans les textes de lois, mais bien plutôt à une posture (LAMEUL, 2006) qu'il s'agit alors de clarifier et d'assumer à tous les niveaux d'organisation (ARDOINO, 1966).**

De plus, les pratiques autoformatives, développées en continu et in situ, apparaissent chez les professionnelles les mieux formées (toutes spécialisations confondues) d'une part et chez les professionnelles au bénéfice de la formation réorientée d'autre part (diplômées 1996 à 2005). Ces résultats montrent, pour les premières :

- L'importance d'un haut niveau de formation (en regard du développement de chacune des deux orientations susmentionnées), représentant des expertises dans le domaine des soins et de la santé. Elle interpelle ainsi le système de formation actuel organisé par niveau de complexité (de l'aide soignante à l'infirmière spécialisée) et amène à envisager la formation selon un seul niveau avec un développement d'expertise selon les orientations « soins » ou « santé » choisies par l'infirmière.

Et, pour les secondes :

- la ressource potentielle que représentent ces pratiques autoformatives au sein des équipes. En effet, cette ressource pourrait, si elle est reconnue par les pairs, permettre de co-construire les savoirs infirmiers de santé et de soins au sein des équipes et contribuer ainsi peut-être à la construction d'un SEP et d'un SEC en regard d'une « pratique de santé », pour autant que les pratiques santé et soins soient explicitées.

Ainsi, la double approche disciplinaire, sciences de l'éducation et sciences de la santé publique, qui nous a contraint à explorer systématiquement notre objet selon une double vision, a permis de faire émerger deux grands axes complémentaires sur la question de l'autonomie : un axe spécifique qui renvoie à la pratique infirmière en regard du champ de la santé publique et l'autre plus général qui introduit la référence à ses propres objectifs pour la personne concernant l'approche sociocognitive. Ces deux axes soulignent la nécessité de :

1. la prise en compte formelle dans la pratique infirmière des deux paradigmes – santé et maladie – qui traversent le champ de la santé publique,
2. la distinction des natures autonome et hétéronome de l'agentivité dans le champ des recherches et des pratiques, en particulier celui de la formation où il ne suffit pas d'un « agir par soi-même » pour parler d'autonomie.

Ces deux axes sont susceptibles d'apporter un éclairage à la question de l'autonomie dans les pratiques infirmières et à son développement. Ils contribuent au questionnement ouvert depuis le début du XXe siècle concernant les dynamiques motivationnelles de la personne au sein de son environnement et font apparaître dans ce processus la place des objectifs propres à la personne en regard du contexte socioprofessionnel et politique au sein duquel il s'inscrit. Enfin, ces deux axes se rejoignent au travers d'une même perspective, celle de répondre de façon plus pertinente aux besoins des personnes et des populations.

Bibliographie

- ABDELMALEK, A. A., GERARD J.-L. (1995). *Sciences humaines et soins infirmiers*. Paris: InterEditions.
- ACKER, F. (2004). Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *La lettre de la Mire*. Vol. 3, p. 2-4.
- ACKER, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*. Vol. 1, p. 161-181.
- ACKER, F. (2006). *Le cadre du travail d'information des infirmières en reconfiguration*. Soins. Cadres. Vol 60, p. 24-27.
- ACKER, D. (2007). Rapport sur les centres de santé. *Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S). Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (D.H.O.S.)*. Paris. FRA.
- ACKERMANN-LIEBRICH, U., PACCAUD, F., GUTWILLER, F. STUTZ STEIGER, T. (2002). *Buts pour la santé en Suisse. La santé pour tous au 21^e siècle (OMS Europe)*. Zurich : Société Suisse de Santé Publique.
- ADAM, P., HERZLICH, C. (2004, 1st ed. 1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Saint-Germain-du-Puy: Armand Colin.
- AIACH, P., FASSIN, D. (dir.) (1994). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos.
- ALBERO, B. (2000). *L'autoformation en contexte institutionnel, du paradigme de l'instruction au paradigme de l'autonomie*. Paris: L'Harmattan.
- ALDERSON, M. (2001). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance*, Thèse pour le doctorat de sciences infirmières. Montréal : université de Montréal.
- AMOUREUX, T. (1998). *L'identité infirmière, entre recherche de reconnaissance et quête de sens*, mémoire pour le diplôme d'université de philosophie option éthique. Paris : Université de Marne la Vallée.
- AMIEC RECHERCHE. (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. Paris : Masson.
- ARDILLY, P. (1994). *Les techniques de sondages*. Paris: Technip.
- ARDOINO, J. (1970). Préface. In LOBROT, M. *La pédagogie institutionnelle*. Paris : Gauthier – Villars.

- ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS. (10 février 1980, Etat au 1er juin 1999). *Règlement formation post diplôme d'infirmière clinicienne*. Lausanne: ASI. 19 p.
- AUBIN, V. (2006). La conquête de l'autonomie. *Sciences humaines*, n° 175, p. 46-49.
- AUJOULAT, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire*, thèse pour le doctorat de psychologie de la santé. Bruxelles : Université Catholique de Louvain, Ecole de Santé Publique.
- BALL, J., PIKE, G. (2005). *Managing to work differently*. London: Royal College of Nursing.
- BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck.
- BAPTISTE, A., BELISLE, C., GLARDON, C., [PIGUET, C.] (avec la coll. de). (1994). *Dossier Photolangage: Prévention et Santé*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- BARON, R., M., KENNY, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Psychology*, p. 1173-1182.
- BEAUBAIS, M. (2004). Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. *Revue Savoirs*, n° 6, p. 99-113.
- BELLENGER, L., PIGALLET, P. (1996). Dictionnaire de la formation et du développement personnel. Paris: ESF.
- BELLIER, S. (2004). *Le savoir-être dans l'entreprise*. Cahors: Vuibert.
- BENNER, P. (1995). *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Paris: InterEditions.
- BLONDEAU, D. (2002). L'art du soin infirmier: un art pratique, la nécessaire relation entre l'art et l'éthique. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal : Gaëtan Morin, p. 301-313.
- BOEGLI, J.-D. (1996). *Ecole en santé*. Lausanne: LEP.
- BOLTANSKI, L., THEVENOT, L. (1991). *De la justification*. Paris : Gallimard.
- BOURBONNAIS, R. (2005). *Econométrie*. Paris: Dunod.
- BOURDONCLE, R. (2000). Autour des mots "Professionnalisation, Formes et dispositifs". *Recherche et Formation*, Vol. 35, p. 117-132.

- BOURGEOIS, E. (2004, 1st ed. 1999). Interactions sociales et performances cognitives. CARRE, P., CASPAR, P. (dir.). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris: Dunod, p. 301-316.
- BOURGEOIS, E. (2006). La motivation à apprendre. In BOURGEOIS, E. CHAPELLE, G. (dir.). *Apprendre et faire apprendre*. Paris: PUF, p. 229-241.
- BOURGEOIS, E. (2006). L'image de soi dans l'engagement en formation. BOURGEOIS, E., CHAPELLE, G. (dir.). *Apprendre et faire apprendre*. Paris: PUF, p. 271-284.
- BOURGEOIS, E., NIZET, J. (1999, 1st ed. 1997). *Apprentissage et formation*. Paris: PUF.
- BOUVET, A., SAUVAIGNE, M., (dir.). (2005). *Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique*. Bruxelles: De Boeck.
- BRIOSCHI LEVI, H. (2008). Interview ... *Journal La Source*, n° 1. p. 25.
- BURKHALTER, A. (2003). Le domaine d'expertise de l'infirmier clinicien ou spécialiste clinique. *Journal/dossier Croix-Rouge suisse, Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Expertise*, n° 1, p. 22-28.
- BURY, J. (1988). *Education à la Santé*. Bruxelles: De Boeck.
- BURY, J. (2003). Education thérapeutique et démocratie sanitaire du quotidien au politique. *Rev Francoph Psycho-Oncologie*, n° 4.
- CANGUILHEM, G. (2007, 10^e Ed.). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF
- CARRE, P. (1992). *L'autoformation dans la formation professionnelle*. Paris: La documentation Française.
- CARRE, P. (1998). L'autoformation: un renversement de perspectives. In COURTOIS, B. PREVOT, H. (dir) (1998). *Autonomie et formation au cours de la vie*. Lyon: Chroniques sociales, p. 232-238.
- CARRE, P. (1999). Motivation, engagement, « conation » : les aspects dynamiques du rapport à la formation. *Revue éducation permanente*, n° 136. p. 7-14.
- CARRE, P. (2002). Après tant d'années ... Jalons pour une théorie psychologique de l'autodirection. In CARRE, P., MOISAN, A. (dir.) (2002). *La formation autodirigée*. Paris: L'Harmattan.
- CARRE, P. (2003). Préface. In BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck.

- CARRE, P. (2004). Bandura: une psychologie pour le XXI^e siècle? *Revue Savoirs*, Hors-série 2004, p. 9-50.
- CARRE, P. (2004, 1st ed. 1999). Motivation et rapport à la formation. In CARRE, P., CASPAR, P. *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris: Dunod, p. 279-299.
- CARRE, P. (2005). *L'apprenance, vers un nouveau rapport au savoir*. Paris: Dunod.
- CARRE, P. (2006). Portée et limite de l'autoformation dans une culture de l'apprenance. *Revue éducation permanente*, n° 168. p. 19-30.
- CARRE, P., MOISAN, A., POISSON, D. (1997). *L'autoformation*. Paris: PUF.
- CARRE, P., MOISAN, A. (dir.) (2002). *La formation autodirigée*. Paris: L'Harmattan.
- CARRE, P., CHARBONNIER, O., (dir.). (2003). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris: L'Harmattan.
- CARRE, P., CASPAR, P. (dir.) (2004, 1st ed. 1999). *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Paris: Dunod.
- CHALVIN, D. (1984 3^e ed.). *L'affirmation de soi*. Paris: ESF.
- CHAMPY, P., ETEVE, C., (dir.) (2005 3^e ed. 1st ed. 1994). *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation*. Paris: Retz.
- CHARLOT, B. (1995). *Les sciences de l'éducation, un enjeu, un défi*. Paris: ESF.
- CHARLOT, B. (1997). *Du rapport au savoir, éléments pour une théorie*. Paris : Economica.
- CHAVES, G. (2005). *Etude sur l'image que la profession "infirmière" a d'elle-même (étude)*. Lausanne: Service de la santé publique de l'Etat de Vaud. 32 p.
- CLEMENS-CARPIAUX, A. (2005). La gestion du soin dans le management hospitalier : approche d'indicateurs d'activité infirmière en Belgique et en France. *Recherche en soins infirmiers*, n° 81, p. 6-20.
- COLLIERE, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris: InterEditions.
- COLLIERE, M.-F. (2001, 1st ed. 1996 InterEditions). *Soigner ...Le premier art de la vie*. Paris: Masson.
- CORDONNIER, D. (1995). *Evénements quotidiens et bien-être à l'adolescence; vers de nouvelles stratégies d'éducation pour la santé*. Genève: Médecine et Hygiène.

- CRESPO, A. (1982). *De la responsabilité du médecin et de l'infirmière*. Lausanne : CHUV. 14 p.
- CROIX-ROUGE SUISSE (1992). *Prescriptions relatives aux formations de niveau diplôme en soins infirmiers à l'usage des écoles reconnues par la Croix-Rouge suisse*. Wabern : Formation professionnelle. 18 p.
- CUCHE, D. (2002, 1st ed. 1977). Nouveaux regards sur la culture: l'évolution d'une notion en anthropologie. In JOURNET, N. *La culture, de l'universel au particulier*. Auxerre: Sciences Humaines, p. 203-212.
- CUCHE, D. (2004, 3e ed. 1st ed. 1996). *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris: Editions La Découverte.
- DALLAIRE, C. (2002). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal: Gaëtan Morin, p. 77-95.
- DALLAIRE, C. (2002). Le sens politique en soins infirmiers. In GOULET, O., DALLAIRE, C., (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur. p. 199-224.
- DALLAIRE, C., BLONDEAU, D. (2002). Le savoir infirmier : une problématique. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, Vers de nouvelles perspectives* Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur, p. 279-300.
- DALLAIRE, C., GAGNON, F. (2002). Promotion de la santé: la contribution du savoir infirmier. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, Vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur, p. 255-277.
- D'AMOUR, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.), *Les soins infirmiers, Vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur, p. 338-363.
- DANVERS, F. (2003, 1st ed. 1992). *500 mots-clefs pour l'éducation et la formation tout au long de la vie*. Villeneuve d'Ascq Cédex: Presses Universitaires du septentrion.
- DARRAS, E. (2000). Le "prendre soin" pédagogique. In HESBEEN, W. (dir.). *Prendre soin dans le monde*. Paris: Seli Arslan, p. 2001-2218.
- DARRAS, E., DIERCKX de CASTERLE, B., MILISEN, K. et al. (2001-2003). *La profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers* (Recherche). Bruxelles: Université catholique de Louvain, Unité des Sciences Hospitalières et Médico-sociales.

- DASEN, P. R. (2001). Intégration, assimilation et stress acculturatif. In PERREGAUX, OGAY, C. T. LEANZA, Y. DASEN, P. R. (dir.). *Intégrations et migrations: regards pluridisciplinaires*. Paris: L'Harmattan.
- DEBRAY, R. (2000). *Introduction à la médiologie*. Paris: PUF.
- DECCACHE, A. (1994). *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques, approche éducative globale*. Bruxelles : Université Catholique de Louvain.
- DECCACHE, A. (2000). L'éducation du patient en Europe au 21^e siècle. *Bulletin d'Education du patient*, n° 19.
- DECCACHE, A. (2003). Nouveaux rôles dans la prévention et l'éducation thérapeutique du patient. *Société Scientifique des Pharmaciens Francophones, Ecole de santé publique, Faculté de médecine, UCL : Bruxelles*.
- DECCACHE, A., MEREMANS, P. (2000). L'éducation pour la santé des patients: au carrefour de la médecine et des sciences humaines. In SANDRIN-BERTHON, B. *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris: PUF, p. 147-167.
- DE KAENEL, M. (2001). La place de la promotion de la santé dans les programmes de base en soins infirmiers. *Journal/Dossier Croix-Rouge suisse, Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Promotion de la santé*, n° 3, p. 30.
- DE MARTINO, J. (1984). *Formation paradoxale et paradoxes de la formation*. Toulouse: Privat.
- DESJEUX, D. (2004). *Les sciences sociales*. Paris: PUF.
- DEVELAY, M. (1992). *De l'apprentissage à l'enseignement*. Paris : ESF.
- D'HOUTAUD, A. (1999). *La santé à travers les sciences humaines et sociales, approche linguistique et sociologique*. Paris: MASSON.
- D'IVERNOIS, J.-F., GAGNAYRE, R. (1995). *Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique*. Paris: VIGOT.
- DOMINICE, P., FAVARIO, C., LATAILLADE, L. (dir.) (2000). *La pratique des infirmières spécialistes cliniques*. Paris: Seli Arslan.
- DORTIER, J.-F. (1998). *Les sciences Humaines, panorama des connaissances*. Auxerre: Sciences Humaines.
- DUBAR, C. Socialisation et construction identitaire. In RUAN-BORBALAN, J.-C. (coord.) (1999). *L'identité, l'individu, le groupe, la société*. Auxerre: Sciences Humaines, p. 135-147.

- DUBAR, C. (2000). *La crise des identités*. Vendôme: Imprimerie des Presses Universitaires de France.
- DUBET, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris: Seuil.
- DUBOIS, N. (1987). *La psychologie du contrôle, les croyances internes et externes*. Grenoble: Presses universitaires.
- DUBOIS, N. (2005). *Psychologie sociale de la cognition*. Paris: Dunod.
- DUCHESNE, S., HAEGEL, F. (2004). *L'enquête et ses méthodes: l'entretien collectif*. Evreux: Nathan.
- DUFEY, A.-F. (2000). Les formations interdisciplinaires postdiplômes – outils au service du développement des pratiques professionnelles et institutionnelles. In *Cahier de la Source. Dynamique de la formation professionnelle à l'école La Source 1990-2000*. Lausanne : Ecole La Source. p. 191-197.
- DUFLON, J.P. (1999). *La construction des identités professionnelles dans un espace interdisciplinaire – le cas des infirmières*, mémoire pour la maîtrise ès sciences sociales. Lausanne : Université de Lausanne.
- DUJARIER, M.-A. (2006). *L'idéal au travail*. Paris : PUF.
- ENEAU, J. (2003). *Vers un Modèle d'Organisation Autoformatrice. Apports du concept de réciprocité à une perspective d'autonomisation en formation*, thèse pour l'obtention du doctorat en sciences de l'éducation et du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.) en andragogie. Université de Montréal et Université Louis Pasteur à Strasbourg.
- FENOUILLET, F. (2003). *La motivation*. Paris : Dunod.
- FENOUILLET, F. (2005). *Cours de méthodologie expérimentale et de statistiques*. Lille : Université de Lille 3, (document imprimé, 78 p.).
- FERRONI, I. (1994). *Les infirmières hospitalières: la construction d'un groupement professionnel*, thèse pour le doctorat de sociologie. Antipolis : Université de Sophia.
- FLAMENT, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. In JODELET, D. (dir.). *Les représentations sociales*. Paris: PUF, p. 204-219.
- FOLLENFANT, A., MEYER, T. (2003). Pratiques déclarées, sentiment d'avoir appris et auto-efficacité au travail. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaires. In CARRE, P., CHARBONNIER, O. (dir.). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris: L'Harmattan. p. 185-243.
- FORTIN, M.-F., COTE, J., FILION, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Education.

- FOUCAULT, M. (2005, 1st ed. 1963). *Naissance de la clinique*. Paris: PUF.
- GADAMER, H.-G. (1993). *Philosophie de la santé*. Paris : Grasset.
- GALAND, B. (2006). Avoir confiance en soi. In BOURGEOIS, E., CHAPELLE, G. (dir.). *Apprendre et faire apprendre*. Paris: PUF, p. 247-269.
- GALAND, B., VANLEDE, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : Quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? *Les cahiers de la recherche en Education et Formation*, n° 29, 21 p.
- GALAND, B., BOURGEOIS, E. (dir.). (2006). *(Se) motiver à apprendre*. Paris: PUF.
- GALLANT, S. (2007). Direction des soins, Service de la formation continue, *Informations, Formations, Interventions, Programme août 2007/janvier 2008*. Lausanne: CHUV - Service de la formation continue.
- GANDER, P. (2000). *Classifications et regroupements, comprendre pour assurer la qualité des soins*. Lausanne : LEP.
- GENOUVRIER, E., DESIRAT, C., HORDE, T. (1977). *Dictionnaire des synonymes*. Paris: Librairie Larousse.
- GHIGLIONE, R., MATALON, B. (2002 1st ed 1977). *Les enquêtes sociologiques, théories et pratiques*. Paris: Armand Colin.
- GLARDON, C., [PIGUET, C.]. (1990). *Entre suivre et être, quel espace pour apprendre? ou l'encadrement d'une élève en stage*. Travail de diplôme d'enseignement infirmier. Ecole Supérieure d'Enseignement Infirmier de la Croix-Rouge suisse (ESEI) puis, Institut des Sciences et des Pratiques de la Santé et du Social (IRSP) actuellement, Espace-compétences. 41 p.
- GLARDON, C., [PIGUET, C.], MARTIN, C., (postface) (1996). *Du faire à l'être en passant par le dire*. Lausanne: LEP.
- GOBET, P. (2002). *La construction sociale de l'activité soignante*. Lausanne: Editions Réalités sociales.
- GOBET, P. (2002). Les mots qui disent. *Revue Soins infirmiers*, n° 11, p. 64-67.
- GODFRYD, M. (1997). *Textes de droit hospitalier*. Paris: PUF.
- GOULET, C. (1999). Les méthodes de recherche clinique au service de la discipline infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, n° 59, p. 20-26.
- GOULET, O. (1999). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Soins infirmiers et société*. Paris: Gaëtan Morin, p. 135-155.

- GOULET, O. (2002). Une pratique infirmière autonome: un projet ambitieux. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal: Gaëtan Morin, p. 163-180.
- GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). (1999). *Soins infirmiers et société*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur.
- GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.) (2002). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur.
- GRANGE, D., LEBART, L. (1993). *Traitements statistiques des enquêtes*. Paris: Dunod.
- HENDERSON, V. (1994). *La nature des soins infirmiers, présentation des textes, chronologie biographique, notes explicatives par Marie-Françoise Collière*. Paris: InterEditions.
- HERZLICH, C. (1969). *Santé et maladie*. Mouton, Paris, La Haye: Ecole Pratique des Hautes Etudes et Mouton.
- HERZLICH, C. (1986). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. In DOISE, W., PALMONARI, A. *L'étude des représentations sociales*. Lausanne : Delachaux & Niestlé. p.157-170.
- HESBEEN, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : InterEditions, Masson.
- HESBEEN, W. (1998). *La qualité du soin infirmier*. Paris : Masson.
- HESBEEN, W., (dir.). (2000). *Prendre soin dans le monde*. Paris: Seli Arslan.
- HESBEEN, W. (juin 2002). Les savoirs soignants, entre art et science. *Revue Soins*, n° 666, p. 49-52.
- HES-SO. *Concept bachelor*. [en ligne] <http://www.hes-so.ch/CMS/default.asp?ID=1363>, consulté le 30.03.2008.
- HONORE, B. (1996). *La santé en projet*. Paris: InterEditions.
- HONORE, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin*. Paris: L'Harmattan.
- HOWELL, D. C. (2006 6e tirage). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (M. ROGIER, Trans.). Bruxelles: De Boeck.
- IRIBANE, P. (2006). *Les tableaux de bord de la performance*. Paris: Dunod.

- JOBERT, G. (1985). Processus de professionnalisation et production de savoir. *La recherche en formation*. Arcueil: Education permanente, p. 125-145.
- JONNAERT, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme*. Bruxelles: De Boeck.
- KEROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., et al. (1994). *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*. Laval, Poitiers: Maloine.
- KERVASDOUE, J. (2004). *L'hôpital*. Paris: PUF.
- KUHN, T. S. (1962, trad, franç. 1983). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris: Flammarion.
- KUNZMANN, P. BURKARD, F-P. WIEDMANN, F. (1993). *Atlas de la philosophie*. Paris : Librairie Générale Française, p. 137-145.
- LAMEUL, G. (2006). *Former des enseignants à distance? Etude des effets de la médiatisation de la relation pédagogique sur la construction des postures professionnelles*, thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Nanterre : Université de Paris-X.
- LAPLANTINE, F. (1989). Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne. In JODELET, D. *Les représentations sociales*. Paris : PUF. p. 297-318.
- LAPLANTINE, F. (1991). Anthropologie de la maladie. *Sciences Humaines*, n° 12, p. 26-28.
- LAPLANTINE, F. (1992, 1st ed. 1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.
- LAVIELLE-GUTNIK, N. (2006). Le sujet social en autoformation, ou l'autoformation comme figure de l'accompagnement. *Revue éducation permanente*, n° 168. p. 123-136.
- LEBARON, F. (2006). *L'enquête quantitative en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- LECLET, H., VILCOT, C. (2003). *Qualité en gérontologie*. Paris : AFNOR.
- LECOMTE, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Revue Savoirs*, Hors-série 2004, p. 59-91.
- LONG, H. B. (1989). *Self-directed learning: Emerging theory and practice*, Introduction, Norman, OK : University of Oklahoma, p. 1-12.
- LONGTIN, M., RICHARD, L., BISAILLON, A. (2006). L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, n° 87, p. 4-15.

- LOUX, F. (1995, 1st ed.1990). *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris: InterEditions.
- MAGNON, R. (2001). *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*. Paris: Masson.
- MALHERBE, J.-F. (1994). *Autonomie et prévention*. Montréal et Artel : Editions Fides.
- MARCHAL, A., PSIUK, T. (2002). *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris: Seli Arslan.
- MARIE, A. (1999). Echange: sous le don, la dette. *Sciences humaines*, Hors série 23, p. 28-31.
- MARTIN, C. (1995). Réforme des soins infirmiers. *Médecine et Hygiène*, n° 2067, p. 856.
- MARTIN, C. (2000). *Le pouvoir du praticien*. Lausanne : LEP.
- MARTIN, C. (2003). Expertise, sciences cognitives: Quelques connexions avec les soins infirmiers et leur enseignement. *Journal /Dossier Croix-Rouge suisse, Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Expertise*, n° 1, p. 14-16.
- MARTIN, C. (1996). Postface. In GLARDON, C., [PIGUET, Catherine]. *Du faire à l'être en passant par le dire*. Lausanne: LEP.
- MARRY, C., MOSCONI, N. (2006) Genre et éducation. BEILLEROT, J., MOSCONI, N. *Traité des sciences et des pratiques de l'éducation*. Paris : Dunod. p. 443-454.
- MEERT-VANDEPUT, R. (1975). *Le statut de l'infirmière et de l'hospitalière*. Bruxelles: ACN.
- MOLONEY, M. M. (1986). *Professionalization of Nursing*. Philadelphie: J. B. Lippincott.
- MONSEU, C. (1992). *Pour une représentation positive de la vieillesse*. Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire de recherche en sciences sociales D.U.E.R.S. Reims : Université Reims-Champagne.
- MORFAUX, L.-M. (1999, 1st ed 1988). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris: Armand Colin.
- MUCCHIELLI, L. (1992). Le choc des cultures, dynamique de l'histoire. *Sciences Humaines*, n° 16, p. 17-20.

- NADOT, M. (1993). *Des "médiologues" de santé à Fribourg? Histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744-1944)*, thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Lyon : Université Lumière Lyon 2.
- NADOT, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, n° 13. Paris: Seli Arslan, p. 29 à 86.
- NADOT, M. (2003). *De la passion du soin à celle de l'activité soignante: pour une révélation de la complexité professionnelle*. Communication, Montpellier: SIDIIEF.
- NADOT, M. (2003). Expert en quoi? *Journal/Dossier Croix-Rouge suisse, Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Expertise*, n° 1, p. 2-5.
- NADOT, M. (novembre 2005). Au commencement était le "prendre soin". *Soins*, n° 700, p. 37-40.
- NADOT, M., AUDERSET, P.-B., BULLARD-VERVILLE, D., NADOT-GANEHM, N. (2002b). *Mesure des prestations soignantes dans le système de santé (Recherche)*. Rapport scientifique, DO-RE 01008.1/CTI 5545.1 FHS. Fribourg: Ecole du Personnel Soignant Fribourg/CH, HES-S2.
- NAGELS, M. (2008). *Le rôle de l'analyse de l'activité dans le développement de l'auto-efficacité des cadres et dirigeants de la santé publique*, thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Nanterre : Université de Paris-X.
- NOEL-HUREAUX, E. (2003). *L'autonomie des infirmières, le rôle propre questionné*, thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Paris : Université Paris 13.
- NOEL-HUREAUX, E. (2004). Un concept polysémique : l'autonomie. *Recherche en soins infirmiers*, n° 78, p. 59-70.
- NUTTIN, J. (1991). *Théorie de la motivation humaine*. Paris: PUF.
- OBIN, J.-P. (1995). Des élèves infirmières aux étudiantes en soins infirmiers: une identité en mutation "ni nonnes, ni bonnes, ni connes". In OBIN, J.-P. *La face cachée de la formation professionnelle*. Paris: Hachette, p. 146-170.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (17-21 novembre 1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. [en ligne] <http://www.sante.cfwb.be/charger/ottawachart.pdf>, consulté le 8 août 2007.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL POUR L'EUROPE. (1999 version française). *Education Thérapeutique du Patient, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS*. Copenhague: Organisation Mondiale de la Santé.

- PARKER SHANNON, V. J. (2002). La profession infirmière dans un contexte organisationnel renouvelé. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur. p. 97-121.
- PARLEMENT EUROPEEN. (2006). *Recommandation du parlement européen et du conseil du 18 décembre 2006 sur les compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie*, p. 1-9.
- PERRAUDEAU, M. (1996). *Les méthodes cognitives, apprendre autrement à l'école*. Paris: Armand Colin.
- PERREN-KLINGER, G. (2002). Travail sur les ressources en pratique courante. *Primary Care*, n° 2, p. 532-535.
- PERRIG-CHIELLO, P., STAHELIN, H.B. (dir.) (2004). *La santé, cycle de vie, société et environnement*. Lausanne : Réalités sociales.
- PERRIG-CHIELLO, P., DARBELLAY, F., STAHELIN, H.B. (2004). La santé et ses contextes. Pour une approche inter- et transdisciplinaire. In PERRIG-CHIELLO, P., STAHELIN, H.B. *La santé, cycle de vie, société et environnement*. Lausanne : Réalités sociales. p. 9-21.
- PETITAT, A. (1994). La profession infirmière. Un siècle de mutations. In AIACH, P., FASSIN, D. (dir.). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos, p. 227-259.
- PIGUET, C. (2001). *La formation continue du personnel soignant, de l'individu apprenant à l'organisation qualifiante, enjeux et perspectives*. Travail de maîtrise de sciences de l'éducation. Université Lyon 2, Ecole Supérieure d'Enseignement Infirmier de Lausanne.
- PIGUET, C. (2001, 3 au 5 décembre). *L'Autoformation, organisation et jeux d'acteurs dans un service de soins*. Paper presented at the 6e Colloque sur l'Autoformation, Montpellier. [en ligne] <http://www.educagri.fr/reseaux/cdr/colloq2001/contrib.htm>, consulté le 8 août 2007.
- PIGUET, C. (2002). *De l'autoformation à l'organisation qualifiante, nouvelles perspectives de développement des ressources humaines*. Lausanne: LEP.
- PIGUET, C. (2003). D'une recherche appliquée à un projet de développement de compétences. *Journal/dossier Croix-Rouge suisse, Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Le transfert des résultats de recherche dans les pratiques professionnelles*, n° 3, p. 19-22.
- PIGUET, C. (2004, 14 au 16 avril). *Sentiment d'efficacité personnelle et autoformation des soignantes*. Paper presented at the 7e Biennale internationale de l'éducation

et de la formation : apprendre soi-même, connaître le monde. Lyon : [en ligne] <http://www.inrp.fr/biennale/>, consulté le 8 août 2007.

- PIGUET, C. (2005, 17 octobre). *Le sentiment d'efficacité chez les soignantes*. Paper presented at the "Société du savoir et recherches en formation". Journée d'étude Revue savoirs : Paris. Publication en cours.
- PIGUET, C. (2005, 23 au 25 novembre). *Place et impact du sentiment d'efficacité des soignantes sur leur pratique d'autoformation*. Paper presented at the Rencontre entre les cultures et les pratiques d'apprentissage formelles, informelles et non formelles, Marrakech.
- PIGUET, C., GUTIERREZ, C. (2004, 11 et 12 novembre). *L'Autoformation, approches théorique et pratique*. Paper presented at the journées romandes de soins infirmiers : Délices et supplices de la connaissance. Lausanne : Centre Romand d'Education Permanente (CREP).
- POLET-MASSET, A.-M. (1993). *Passeport pour l'autonomie, affirmez votre rôle propre*. Paris: Editions Lamarre.
- POLETTI, R. (1986). Infirmière-clinicienne – infirmier-clinicien. *Soins infirmiers*, n° 8. p. 39-41.
- POLETTI, R. (1992). Evolution mondiale et historique d'une fonction. *Objectif Soins*, n° 1. p. 28-32.
- POLETTI, R. (2003). Qu'est-ce que l'expertise, regards conceptuels et exemples concrets. *Journal/dossier Croix-Rouge suisse, Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Expertise*, n° 1, p. 6-7.
- POURTOIS, J.-P., DESMET, H., LAHAYE, W. (juin 2001). Les points-charnières de la recherche scientifique. *Recherche en soins infirmiers*, n° 65. Lyon : Mallet Conseil.
- PROULX, P., WARD, L. (1992) L'infirmière clinicienne : perspectives et réalités. *Revue Soins Formation – Pédagogie – Encadrement*, n° 4. p. 44-50.
- PROVENCHER, H., FAWCETT, J. (2002). Les sciences infirmières : une structure épistémologique. In GOULET, O., DALLAIRE, C. (dir.). *Les soins infirmiers, Vers de nouvelles perspectives*. Montréal, Paris: Gaëtan Morin éditeur, p. 315-335.
- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- RABARDEL, P., PASTRE, P. (2005). *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. Toulouse: Ed. Octarès.

- RAYNAL, F., RIEUNIER, A. (1997). *Pédagogie: dictionnaire des concepts clés*. Paris: ESF.
- REVILLOT, J.-M. (2006). *La relation éducative en santé : processus d'altérité entre le soignant et le patient hospitalisé*, thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Aix-en-Provence : Université Aix-Marseille 1.
- REY, A., REY-DEBOVE, J. (1989). *Petit Robert, dictionnaire de la langue française*. Paris: Dictionnaire Le Robert.
- RICHELLE, M. (1991). Indépendance à l'égard du champ. In DORON, R., PAROT, F. (dir.). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Quadrige.
- RICKA, R. (2001). Promotion de la santé: d'un comportement individuel à une politique globale. *Journal/Dossier Croix-Rouge suisse, Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Promotion de la santé*, n° 3, p. 10-12.
- RICOEUR, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris: Stock.
- RICOEUR, P. (2005). Devenir capable, être reconnu. *Revue Esprit*, n° 7.
- ROCHFORT, C. (2002). *Etude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière et de ses bénéficiaires dans le contexte d'une salle d'urgence*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Université Laval de Québec.
- ROTTER, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*.
- RUSS, J., BADAL-LEGUIL, C. (2004). *Dictionnaire de la philosophie*. Paris: Bordas.
- SALVAGE, J. (1995). *Les soins infirmiers en action: renforcer les soins infirmiers santé pour tous*. Copenhague: OMS, bureau régional de l'Europe.
- SCHWARZER, R. (1997, 1er Février 1998). General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures, [en ligne] <http://www.userpage.fuberlin.de/~health/world14.htm>. Consulté le 8 août 2007.
- SCHWARZER, R., JERUSALEM, M. (1993 rev. 2000). Freie Universität Berlin Gesundheitspsychologie [en ligne] http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Turkish/General_Perceived_Self-Efficac/general_perceived_self-efficac.htm. Consulté le 8 août 2007.
- SINGLY, F. D. (1992). *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*. Paris: Nathan.
- SPITZER, A., PERRENOUD, B. (2004). Réformes de la formation : tendances, difficultés et défis. *Soins infirmiers*, n° 1, p. 40-44.

- SPITZER, A., PERRENOUD, B. (2006). Reforms in Nursing Education Across Western Europe : From Agenda To Practice. *Journal of Professionnal Nursing*. Vol. 22, n° 3, p.150-161.
- SPITZER, A., PERRENOUD, B. (2006). Reforms in Nursing Education Across Western Europe : Implementation Process and Current Status. *Journal of Professionnal Nursing*. Vol. 22, n° 3, p.162-171.
- SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE. (2002). *Quelles sont les fonctions de la santé publique? Revue de la littérature*. Vandoeuvre-lès-Nancy cedex : Société française de santé publique (Ed.), 28 p.
- SPHINX. (2003a). *Manuel de référence Formulaires et tableaux*, vol. 2. Chavanod: Le sphinx développement.
- SPHINX. (2003b). *Manuel de référence lexica*, vol. 1. Chavanod: Le sphinx développement.
- STINGLHAMBER-VANDER BORGHT, B. (1994 1st ed. 1991). *Infirmière: Genèse et réalité d'une profession*. Bruxelles: De Boeck.
- THEVENOT, L. (1990). L'action qui convient. In LADRIERE, P., PHARO, P., QUERE, L. (dir.). *La théorie de l'action. Le sujet pratique en débat*. Paris: Centre national de recherche scientifique, p. 39-69.
- THINES, G., LEMPEREUR, A. (1984). *Dictionnaire général des sciences humaines*. Louvain-La-Neuve: CIACO éditeur.
- TREMBLAY, N. A., et al. (2000). La construction de l'autoformation : trois cadres de référence pour l'action. In FOUCHER, R. (dir.). *L'autoformation reliée au travail*. Montréal : Editions Nouvelles. p. 167-181.
- TREMBLAY, N. A. (2003). *L'autoformation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- TREMBLAY, N. A., ENEAU, J. (2006). Sujet(s), société(s) et autoformation : regards croisés du Québec et de France. *Revue éducation permanente*, n° 168, p. 75-88.
- VALLERAND, R., THILL, E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Paris: Vigot.
- VARELA, F. (1989, édition originale 1980). *Autonomie et connaissance*. Paris: Seuil.
- VERBUNT, G. (2004). *La question interculturelle dans le travail social: repères et perspectives*. Paris: La Découverte.
- VERGNAUD, G. (1998). Au fond de l'action, la conceptualisation. In BARBIER, J.-M. (dir.). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF.

- VERMERSCH, P. (2000, 3e ed.). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.
- VONTOBEL, R. G. (2001). Pour que les paroles entraînent des actes. *Journal/Dossier Croix-Rouge suisse, Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Promotion de la santé*, n° 3, p. 5-7.
- WARCHOL, N. (2007). La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, n° 91, p. 76-96.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R. (1975, trad. franç.). *Changements, paradoxes et psychothérapie* (P. FURLAN, Trans.). Paris: Seuil.
- WENNER, M. (1999, 1st ed. Lamarre 1988). *Comment et pourquoi devient-on infirmière?* Paris: Seli Arslan.
- ZUMSTEIN, B. (2001). Promouvoir la santé, un défi qui s'adresse également aux écoles professionnelles. *Journal/Dossier Croix-Rouge suisse, Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Promotion de la santé*, n° 3, p. 2-4.

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Liste des abréviations

ASI	Association Suisse Infirmières et des infirmiers
APREMADOL	Association pour la PREvention et le MAintien à Domicile dans l'Ouest Lausannois
ASRIC	Assemblée Suisse Romande des Infirmier(re)s clinicien(ne)s
ASSC	Assistante en Soins de Santé Communautaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CMS	Centre Médico-Social
CREF	Centre de Recherche Education – Formation (UPX)
CRS	Croix Rouge Suisse
DSO	Direction des SOins
EMS	Etablissement Médico-Social
ESP	Ecole de Santé Publique
IA	Infirmière-Assistante
ICS	Infirmier(re) -Chef(fe) de Service
ICUS	Infirmier(re)-chef(fe) d'Unité de Soins
ID	Infirmière Diplômée
IE	Infirmière Enseignante
IS	Infirmière Spécialisée
OFFT	Office Fédéral de la Formation professionnelle et de la Technologie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAF	Pratique AutoFormative
RECSS	Réseau d'Etudes aux Confins de la Santé et du Social (HES-SO)
RH	Ressources Humaines
SCRIS	Service Cantonal de Recherche et d'Information Statistiques
SEC	Sentiment d'Efficacité Collective
SEP	Sentiment d'Efficacité Personnelle
SFC	Service de Formation Continue du CHUV (DSO – 1981 et RH – 1997)

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

UCL

Université Catholique de Louvain

UPX

Université Paris X-Nanterre

Liste des tableaux

Tableau 1 - Les deux modèles de santé	20
Tableau 2 - Comparaison des activités selon les anciennes et nouvelles prescriptions de formation des infirmières édictées par la CRS (Croix Rouge suisse).....	22
Tableau 3 – Les deux orientations, santé et soins, de la pratique professionnelle infirmière ©	36
Tableau 4 - l'autonomie professionnelle infirmière selon son savoir et son pouvoir	51
Tableau 5 – Opérationnalisation de la pratique professionnelle infirmière.....	101
Tableau 6 - Les étapes du dispositif de recherche empirique	113
Tableau 7 - Le sentiment d'efficacité personnelle selon la fonction.....	126
Tableau 8 – Les dimensions privilégiées de la pratique professionnelle de l'échantillon selon le modèle de « médiologie de la santé ».....	129
Tableau 9 – Les dimensions de la pratique professionnelle privilégiées selon la fonction de l'infirmière.....	129
Tableau 10 - Les dimensions de la pratique professionnelle privilégiées selon la spécialisation.....	130
Tableau 11 – Le « service rendu à l'institution » selon la fonction (1960 à 2005)	131
Tableau 12 – Le « service rendu à l'institution » selon la spécialisation (1960 à 2005)	132
Tableau 13 – Le « service rendu au corps médical » selon la fonction (1960 à 2005).	133
Tableau 14 – Le « service rendu au patient » selon la fonction (1960 à 2005)	133
Tableau 15 – Le « service rendu au patient » selon la spécialisation (1960 à 2005)....	134
Tableau 16 – La « fonction d'intermédiaire culturelle » selon la fonction (1960 à 2005)	135
Tableau 17 – La « fonction d'intermédiaire culturelle » selon la spécialisation (1960 à 2005).....	136
Tableau 18 – Les pratiques professionnelles privilégiées par les infirmières selon leur fonction et leur spécialisation en regard de la période d'obtention de leur diplôme de formation initiale.....	138
Tableau 19 – Corrélations entre les pratiques professionnelles de l'ensemble des infirmières (n=841).....	140
Tableau 20 – Le sentiment d'efficacité des infirmières hospitalières (analyse de la variance).....	153
Tableau 21 – Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur les dimensions de sa pratique professionnelle	155
Tableau 22 – Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur ses pratiques professionnelles avec "effet clinicienne"	158
Tableau 23 – Détail de la « pratique de santé » privilégiée	160
Tableau 24 – Les pratiques autoformatives des infirmières dans leur ensemble et selon la période de formation initiale	168
Tableau 25 – Les pratiques autoformatives des infirmières selon leur fonction et leur spécialisation en regard de la période d'obtention de leur diplôme de formation initiale	171
Tableau 26 – Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur ses pratiques autoformatives	172

Tableau 27- Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur ses pratiques autoformatives	175
Tableau 28 – Les pratiques autoformatives des ID (diplômées 1986 à 1995)	180
Tableau 29 - Régressions des facteurs personnels de l'infirmière sur ses pratiques autoformatives avec « effet clinicienne »	182

Liste des figures

Figure 1 – Les deux degrés d'intervention de l'infirmière selon le modèle de médiologie de la santé.....	53
Figure 2 - "Les différentes modalités d'application du rôle professionnel"	55
Figure 3 - le modèle triadique réciproque de la théorie sociocognitive (BANDURA, 2003)	61
Figure 4 - Problématique de la recherche située dans le modèle triadique réciproque ..	79
Figure 5- Les groupes de variables de la recherche selon le modèle de relation triadique réciproque	89
Figure 6 - Médiologie de la santé: trois éléments culturels traduits dans les normes d'action des soignantes au XVIIIe siècle	98
Figure 7- Modèle de relation triadique réciproque des principaux facteurs de l'agentivité professionnelle de l'infirmière.....	107
Figure 8 – L'agentivité et son déploiement, autonome ou hétéronome.....	190
Figure 9– Dynamique des pratiques professionnelles infirmières.....	192

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Table des annexes

Annexe 1.	Cahier des charges de l'infirmière diplômées (CHUV)
Annexe 2.	Référentiel de compétences Bachelor « filière infirmière »
Annexe 3.	Etude exploratoire (CHUV 2003)
Annexe 4.	Organigramme Hospices/CHUV
Annexe 5.	Liste de diffusion et de retour du questionnaire par unité de base (UB)
Annexe 6.	Référence des experts consultés dans le domaine statistique
Annexe 7.	Le questionnaire de recherche
Annexe 8.	Lettre de la Directrice des soins accompagnant la diffusion du questionnaire
Annexe 9.	Présentation du projet de recherche au colloque des cadres (CHUV)
Annexe 10.	Présentation de la procédure de diffusion du questionnaire
Annexe 11.	Alpha de Cronbach – groupe des 7 variables autoformatives de la recherche
Annexe 12.	Distribution, retour et saisie des questionnaires
Annexe 13.	Création d'un master en sciences infirmières en Suisse occidentale : communiqué de presse
Annexe 14.	Les caractéristiques socioprofessionnelles de l'ensemble de l'échantillon
Annexe 15.	Comparaison de l'échantillon à la population cible
Annexe 16.	Les dimensions de la pratique professionnelle privilégiées selon le « modèle de médiologie de la santé »
Annexe 17.	Les dimensions de la pratique professionnelle privilégiées selon la fonction
Annexe 18.	Les dimensions de la pratique professionnelle privilégiées selon la spécialisation
Annexe 19.	Cahier des charges de l'infirmière clinicienne (CHUV)
Annexe 20.	Options pédagogiques de la formation Bachelor of Sciences HES SO en Soins infirmiers - Haute école de la santé La Source
Annexe 21.	Cahier des charges de l'ICUS (CHUV)
Annexe 22.	Cahier des charges de l'ICS (CHUV)
Annexe 23.	La « pratique de santé » de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
Annexe 24.	La « pratique de soins » de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
Annexe 25.	La « pratique de santé » (diplômées 1960 à 1985)
Annexe 26.	La « pratique de santé » (diplômées 1986 à 1995)
Annexe 27.	La « pratique de santé » (diplômées 1996 à 2005)
Annexe 28.	La « pratique de soins » (diplômées 1960 à 1985)
Annexe 29.	La « pratique de soins » (diplômées 1986 à 1995)
Annexe 30.	La « pratique de soins » (diplômées 1996 à 2005)
Annexe 31.	Le SEP de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
Annexe 32.	Le SEP (diplômées 1960 à 1985)
Annexe 33.	Le SEP (diplômées 1986 à 1995)
Annexe 34.	Le SEP (diplômées 1996 à 2005)
Annexe 35.	Le SEC de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
Annexe 36.	Le SEC (diplômées 1960 à 1985)
Annexe 37.	Le SEC (diplômées 1986 à 1995)
Annexe 38.	Le SEC (diplômées 1996 à 2005)
Annexe 39.	Corrélations entre SEP et SEC de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)

- Annexe 39 a. Corrélations entre SEP et SEC des infirmières spécialisées de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 39 b. Corrélations entre SEP et SEC des cliniciennes de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 39 c. Corrélations entre SEP et SEC des sages-femmes de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 40. Corrélations entre SEP et SEC des sages-femmes (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 41. Les modalités de la « pratique de santé » des cliniciennes
- Annexe 42. Les modalités de la « pratique de santé » des professionnelles du groupe « autre » spécialisation
- Annexe 43. Les modalités de la « pratique de santé » des ID (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 44. Les modalités de la « pratique de santé » des sages-femmes (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 45. Les pratiques autoformatives de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 46. Les pratiques autoformatives (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 47. Les pratiques autoformatives (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 48. Les pratiques autoformatives (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 49. PAF « partage » de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 50. PAF « partage » (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 51. PAF « partage » (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 52. PAF « partage » (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 53. PAF « recherche documentaire» de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 54. PAF « recherche documentaire» (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 55. PAF « recherche documentaire» (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 56. PAF « recherche documentaire» (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 57. PAF « analyse avec aide» de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 58. PAF « analyse avec aide» (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 59. PAF « analyse avec aide» (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 60. PAF « analyse avec aide» (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 61. PAF « appel à expert» de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 62. PAF « appel à expert» (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 63. PAF « appel à expert» (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 64. PAF « appel à expert» (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 65. PAF « appropriation» de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 66. PAF « appropriation» (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 67. PAF « appropriation» (diplômées 1986 1995)
- Annexe 68. PAF « appropriation» (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 69. PAF « utilisation de nouvelles connaissances» de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 70. PAF « utilisation de nouvelles connaissances» (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 71. PAF « utilisation de nouvelles connaissances» (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 72. PAF « utilisation de nouvelles connaissances» (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 73. PAF « observation de collègues » de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 74. PAF « observation de collègues» (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 75. PAF « observation de collègues» (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 76. PAF « observation de collègues» (diplômées 1996 à 2005)

Table des annexes

- Annexe 77. « Contrôle interne » de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 78. « Contrôle interne » (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 79. « Contrôle interne » (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 80. « Contrôle interne » (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 81. « Contrôle externe » de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 82. « Contrôle externe » (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 83. « Contrôle externe » (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 84. « Contrôle externe » (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 85. Corrélation entre les dimensions de la pratique infirmière de l'ensemble de l'échantillon (diplômées 1960 à 2005)
- Annexe 86. Corrélation entre les dimensions de la pratique infirmière (diplômées 1960 à 1985)
- Annexe 87. Corrélation entre les dimensions de la pratique infirmière (diplômées 1986 à 1995)
- Annexe 88. Corrélation entre les dimensions de la pratique infirmière (diplômées 1996 à 2005)
- Annexe 89. Présentation des traitements par régression
- Annexe 90. Indications pour la programmation du traitement par régression
- Annexe 91. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur le « service rendu à l'institution »
- Annexe 92. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur le « service rendu à l'institution » avec « effet clinicienne »
- Annexe 93. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur le « service rendu au corps médical »
- Annexe 94. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur le « service rendu au corps médical » avec « effet clinicienne »
- Annexe 95. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur le « service rendu au patient »
- Annexe 96. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur le « service rendu au patient » avec « effet clinicienne »
- Annexe 97. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur la « fonction d'intermédiaire culturelle »
- Annexe 98. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur la « fonction d'intermédiaire culturelle » avec « effet clinicienne »
- Annexe 99. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur ses pratiques autoformatives
- Annexe 100. Régression des facteurs personnels de l'infirmière sur ses pratiques autoformatives avec « effet clinicienne »

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Index thématique

Afin de guider le lecteur à l'essentiel, nous présentons ci-après un index des principaux concepts utilisés en renvoyant à l'une des pages sur laquelle, ou à partir de laquelle, le concept est présenté de manière explicite.

Agentivité	61
<i>Puissance personnelle d'agir</i>	
Autodirection	201
Autoformation	66
Autonomie	57, 193
<i>Autonomie dans les pratiques infirmières</i>	
Locus de contrôle	65
<i>Contrôle sur la formation</i>	
<i>Locus de contrôle externe</i>	
<i>Locus de contrôle interne</i>	
Médiologie de la santé	53, 55, 98
<i>Fonction d'intermédiaire culturelle</i>	
<i>Service rendu à l'institution</i>	
<i>Service rendu au corps médical</i>	
<i>Service rendu au patient</i>	
Modèle de relation triadique réciproque	60
<i>Facteurs personnels</i>	
<i>Sentiment d'efficacité personnelle (SEP)</i>	
<i>Sentiment d'efficacité collective (SEC)</i>	
Modèles de santé	20
<i>Modèle médical</i>	
<i>Modèle global</i>	
Posture	55
Pratiques autoformatives (PAF)	67
Pratiques professionnelles	36
<i>Pratique de santé</i>	
<i>Pratique de soins</i>	
<i>Rôle autonome, rôle indépendant, rôle propre</i>	
<i>Rôle délégué, rôle dépendant</i>	
Théorie sociocognitive	60
Traitements statistiques	81, 120
<i>Alpha de Cronbach</i>	
<i>Analyse de la variance</i>	
<i>Analyse de régressions</i>	
<i>Coefficient de corrélation</i>	
<i>t de Student</i>	
<i>Test de Fischer (F)</i>	

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières
Contribution à une théorie agentique du développement professionnel

Remerciements

Au-delà de la rigueur de sa démarche, une thèse de doctorat est une aventure. Nous tenons à remercier ici tous ceux, très nombreux, qui nous y ont invité, qui nous ont soutenu, accompagné, conseillé et qui ont permis à ce travail de voir le jour et d'être mené à terme. En particulier :

*Monsieur **Philippe Carré**, Professeur et directeur de cette thèse, pour sa constante stimulation et son soutien indéfectible tout au long de ce chemin*

*Madame **Elisabeth Darras**, Professeure et co-promotrice de cette thèse, pour son engagement dans la réalisation de notre projet de cotutelle et pour ses encouragements réguliers*

Les autres membres de la commission d'encadrement, pour leur accompagnement exigeant et respectueux :

*Monsieur **Alain Deccache**, Professeur et directeur de l'unité d'éducation pour la santé de l'École de Santé Publique de l'Université catholique de Louvain*

*Monsieur **Etienne Bourgeois**, Professeur à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université catholique de Louvain*

La Fondation Leenaards à Lausanne et ses responsables, pour leur confiance dans ce projet et leur soutien financier. En particulier :

*Madame **Christiane Augsburg**, membre de la commission du domaine social et de la santé publique*

*Madame **Anne-Françoise Dufey**, consultante auprès du centre Leenaards pour la personne âgée jusqu'en septembre 2007*

*Monsieur **Michel-Pierre Glauser**, Président*

La direction des soins du CHUV, pour sa collaboration et son soutien au cours de la partie empirique de cette recherche. En particulier :

*Madame **Hélène Brioschi Levi**, directrice des soins*

*Monsieur **Patrick Genoud**, directeur-adjoint des soins et responsable de la commission de recherche*

*Monsieur **Pierre Rougemont**, responsable du service de la formation continue jusqu'en avril 2007*

*Monsieur **Serge Galland**, responsable du service de la formation continue dès mai 2007*

*Monsieur **Alberto Crespo**, juriste auprès de la direction générale*

Le Groupe de « raisonance et résonance » de ce doctorat, au rythme d'une rencontre trimestrielle pendant quatre ans, pour son dynamique et précieux accompagnement :

Madame Brigitte Bally, Professeur HES-SO à l'École La Source

Madame Brigitte Duc, Professeur HES-SO à l'École La Source

Madame Carmen Gutierrez, responsable du service des urgences de l'Hôpital cantonal de Fribourg

Monsieur Serge Galland, responsable du service de la formation continue du CHUV

Les membres de l'équipe de recherche « formation, autoformation des adultes » de l'Université Paris-X Nanterre. En particulier :

Monsieur Gérard Jean-Moncler, Maître de Conférences, pour son perpétuel et pertinent questionnement

Nos collègues doctorants, pour la grande richesse des échanges

Le comité et la direction de l'APREMADOL, notre employeur à temps partiel depuis 2003, pour son intérêt et son soutien logistique. En particulier :

Monsieur Stéphane Jeanneret, directeur

Les responsables d'équipe

A toutes les personnes qui ont pris le temps de collaborer aux nombreuses relectures de ce manuscrit, pour leur patience, leur disponibilité, leurs remarques stimulantes et bienveillantes. En particulier :

Monsieur Jean Menthonnex, Professeur à l'Université de Franche-Comté

Madame Anne-Françoise Dufey, consultante auprès du centre Leenaards pour la personne âgée jusqu'en septembre 2007

Madame Christiane Martin, Co-Directrice du centre de formation « Espace-compétences » à Cully jusqu'en 2007 et initiatrice dès 1996 de la convention entre l'Université Lyon 2 et l'Institut romand des sciences et des pratiques de la santé et du social (IRSP) relative à une maîtrise de sciences de l'éducation

Les spécialistes des méthodes quantitatives, sur lesquels nous avons pu nous appuyer et grâce auxquels nous avons complété une formation trop succincte dans ce domaine, font l'objet de remerciements particuliers en annexe 6.

Les très nombreuses professionnelles qui, au travers de réflexions et de mise à disposition de documents, ont permis de faire progresser notre réflexion. En particulier :

Madame Anne Burkhalter, responsable des formations de gestion pour cadres intermédiaires et de celle de clinique à Espace Compétences.

Madame Véronique Séchet, présidente de l'Assemblée suisse romande des infirmier(re)s clinicien(ne)s ASRIC

Madame Nicole Seiler, responsable du domaine de la santé HES-SO

Remerciements

La Haute école de Santé de Fribourg. En particulier :

Monsieur Michel Nadot, Professeur et responsable du RECSS jusqu'en 2007

Les 841 infirmières du CHUV, pour leur implication au travers de leurs réponses à un questionnaire anonyme et sans lesquelles cette recherche n'aurait pu avoir lieu.

A tous nos amis, famille et proches qui ont suivi à distance et partagé ce long et parfois difficile travail en acceptant nos contraintes, nos doutes et nos joies. En particulier :

Jean Menthonnex, notre compagnon de vie, pour son immense patience et son accompagnement stimulant et respectueux

A chacune et chacun va notre profonde et infinie reconnaissance.