

INFIRMIERES EXERCANT A L'EDUCATION NATIONALE

OU AILLEURS

Pansons-nous différemment ?



Sous la direction de Jean-Marc Paragot
Mémoire présenté par Rozenn de Lavenne

Septembre 2016

Remerciements, parce que vous le valez bien !

Aude, Vincent, Hervé !

Jean-Marc, Christine, Véronique, Dominique, Dominique, Caroline, Christophe, Magali, Ludiwine, Jean-Christophe, Fanfan, Giliane, Mohamed, Aurélie, Isabelle, Eleh, Jocelyne, Nathalie, Julie, Julie, Corinne, Marie-Hélène, Nathalie, Nelly.....Franck, Martine, Céline, Liliane et Brigitte...Valérie

Encore Jean-Marc, Jacqueline et Yannick, Annaïck, Nolwenn, Soizic et aussi Gaëtan et ceux et celles qui leurs sont associés, Christophe, mais aussi ceux et celles que je ne nomme pas parce que je vais en oublier... !

Les mer(e)s et les pè(ai)res ! A qui je dois tant !

A tous ceux qui m'ont encouragé, ceux qui m'ont aidé, et ceux qui ont supporté ma « lexithymie » !

A certaines fleurs que j'ai cultivées !

Le souvenir d'une () inédite.

Sommaire

Introduction	4
A - Toutes infirmières diplômées d'État	7
A 1 – Un peu d'histoire de la profession	7
A 2 – Une prescription commune à toutes : ce que dit le code de la santé publique sur l'exercice professionnel infirmier	12
A 3 - Exercice à l'éducation nationale, des prescriptions supplémentaires à prendre en compte	18
B - Au delà de la prescription : santé et outil professionnel	22
B 1 - Le concept de santé : apport de l'OMS	22
B 2- La démarche clinique infirmière un outil essentiel à la pratique professionnelle moderne	23
C – Exercice professionnel : ce qu'il est possible d'exploiter	24
C 1 - Comment nommer ceux que nous « soignons » ?	24
C 2 - Choix de l'outil : le Q – Sort	25
C 3 - Origine de notre construction	27
C 4 - Organisation de la construction	28
C 5 - Contenu des vingt affirmations qui composent notre Q- Sort	30

D - Q-Sort dans l'action : construction définitive, échantillon, test, passation, calendrier	
D 1- Construction définitive	40
D 2 – Échantillon prévisionne	41
D 3- Test de l'outil	43
D 4– Diffusion et calendrier	43
D 5– Recueil des données	43
E - Résultats sur l'échantillon : fréquences et variables	44
E 1- Caractéristiques de l'échantillon finalement stabilisé	44
E 2 - Autres variables : public, responsabilités exercées, participation à des AAPP	
.....	49
F - Résultat du Q-Sort	
F 1 - Profil général	56
F 2 – Portrait d'infirmières qui n'exercent pas à l'éducation nationale.....	61
F 3 - Portrait des infirmières exerçant à l'éducation nationale	66
G - Connivences et dissonances	70
G 1 - Données croisées dans le fichier SPSS	71
G 2 - Ce qui nous rapproche: les connivences	72
G 3 - Ce qui nous différencie : les dissonances.....	73
G 4 - Les influences des unes et des autres sur le profil général	74
Conclusion	76
Bibliographie	82
Annexes	84

Le sujet de cet écrit est l'exercice professionnel infirmier.

Les cinq infirmiers conseillers techniques de l'académie de Nancy-Metz, avons eu l'honneur de communiquer, en décembre 2015, au « 3° Colloque Ideki "Didactiques, Métiers de l'Humain, Intelligence collective : construction de savoirs et de dispositifs didactiques, dont la problématique proposée était : "quelles constructions de savoirs, de situations d'apprentissages, de dispositifs d'éducation, de formation imaginer aujourd'hui en intelligence collective et/ou avec le numérique?" ». La communication portait sur les résultats d'un travail exploratoire d'analyse de fragments issus d'ateliers d'analyse de pratiques professionnelles organisés pour des infirmières de l'éducation nationale, dont nous reparlerons plus loin. Les éléments prospectifs issus des résultats que nous souhaitons reprendre dans ce mémoire, sont, pour les infirmières de l'éducation nationale, la mise à jour d'une double identité professionnelle : *« La première serait « métis » au sens grec ancien : intelligence rusée, parce qu'il nécessite une adaptation de l'exercice dans un environnement inhabituel pour la profession, un travail en équipe avec des professionnels de l'éducation et non de la santé. La seconde identité plutôt « métisse » car elle utilise principalement le « care » dans le sens « prendre soin de » versus le « cure » au sens soigner, guérir. »*¹

D'autre part, la construction identitaire de l'exercice de la profession à l'éducation nationale a été interrogée : elle nous semble différente de celle d'autres infirmières exerçant dans d'autres lieux et questionne l'application de la réglementation, de la prescription, et la contribution de la formation initiale à la dimension « cure » du soin, pour envisager de se demander si nous pansons différemment en fonction du lieu d'exercice de la profession.

Nous allons aussi nous appuyer sur une expérience professionnelle d'infirmière de tente deux années, accompagnée de Kairos qui nous a fait le bonheur au moins professionnel d'exister et que j'ai pu saisir, sinon à chaque fois, en tout cas de nombreuses fois et qui m'a permis peut être d'inspirer le sujet de ce mémoire. Pour rappel dans la mythologie, Kairos est un dieu grec,

¹ Actes du colloque à paraître en 2017 au éditions L'Harmattan collection IDEKI-Métiers de l'Humain

premier fils de Zeus , il symbolise avec le dieu Chronos le temps. Comme le soulignent Brochard C et Pinon E. (2014), il est moins connu que le second peut être parce qu'il est insaisissable par nature ; elles le décrivent ainsi : « *ses talons sont ailés, comme ceux d'Hermès, il avance sur la pointe des pieds, tient à la main une balance qui repose en équilibre sur la lame d'un rasoir, et arbore une chevelure abondante sur le front et les tempes, tandis que l'arrière de son crâne reste chauve : on peut le saisir par les cheveux lorsqu'il se présente, mais il est impossible de le retenir une fois qu'il est passé. Le kairos s'oppose ainsi à la continuité du chronos : il s'agit d'un instant fugitif, d'un temps suspendu* ».

Ces deux universitaires s'inspirent d'un livre de TREDE M. (1992) intitulé : « Kairos. L'à-propos et l'occasion » : ces différentes auteures en écrivant sur Homère ou sur Hadrien héros de Yourcenar M.² attribuent à notre dieu plusieurs notions dont celle qui nous intéresse ici comme « instant décisif, favorable ou défavorable, bonne occasion ou danger. »

Kairos, dans cette acception, a donc accompagné notre vie professionnelle, riche d'avoir été effectuée dans divers espaces de travail et divers lieux géographiques. Elle a d'abord été hospitalière principalement en services de réanimation, dans un centre hospitalier universitaire pendant un peu plus de trois années ; puis libérale sous forme de remplacements de deux collègues exerçant en milieu rural cinq années. Puis nous avons eu l'opportunité de travailler à l'éducation nationale dans une ville de vingt mille habitants dans un établissement scolaire avec internat et accueillant des élèves de la sixième au BTS, pendant neuf années. Siégeant dans l'instance de suivi pédagogique de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de cette ville d'exercice, j'ai saisi comme « bonne occasion » d'exercer comme faisant fonction de formateur dans celui-ci pendant deux années scolaires où dois je dire universitaires, puisqu'à partir de 1999 le processus de Bologne a permis d'inscrire la formation des infirmiers et infirmières dans un cursus universitaire Licence Master Doctorat. C'est en effet au cours de l'été 2001 que nous avons intégré l'ex « école d'infirmières », participant ainsi à un bouleversement, tout au moins entrant dans une dynamique de changement majeure pour la

² Yourcenar, M. (1971). *Mémoires d'Hadrien*. Gallimard

profession. Les élèves infirmiers sont devenus en 2001, des étudiants infirmiers³ reconnus dans le système LMD, mais surtout leur permettant de bénéficier de cours magistraux (non obligatoires) et de travaux dirigés : une révolution difficilement amendable par les formateurs en général. On peut constater ce jour que les professionnels comme les « étudiants » continuent à utiliser les termes « d'élèves infirmières » et « d'école d'infirmière », cette attachement symbolique nous interroge souvent.

Kaïros, bonne ou mauvaise fortune, a croisé de nouveau notre chemin pour nous faire réintégrer l'éducation nationale, d'abord pour quelques mois dans trois collèges et les écoles des secteurs de ceux-ci, secteurs ruraux extrêmement touchés par le chômage et socialement défavorisés, situant une partie de des élèves en zone d'éducation prioritaire. Enfin pour terminer ce périple professionnel actuel et depuis douze années, un exercice singulier de la profession en tant que « infirmière conseillère technique du Recteur », fonction exercée à l'éducation nationale par un infirmier ou une infirmière dans chacune des trente académies de France et « ultra-marines ».

Ce cursus professionnel atypique pour une infirmière, puisque constitué de cinq modes d'exercices différents dans un espace géographique à l'échelle d'une ancienne région, nous a permis d'appréhender une profession qui utilise la même prescription : celle du code de la santé publique qui régit la profession d'infirmier et d'infirmière, mais au travers d'un prisme qui démultiplie les possibilités offertes en fonction du lieu d'exercice, des personnes avec qui l'infirmier est amené à travailler, et les personnes qui bénéficient des soins apportés. La distance temporelle, au sens chronos du terme, avec certaines pratiques font que nous avons certainement maintenant une certaine représentation de certains exercices et de certains lieux. Nous en avons toutefois une certaine idée expérientielle qui frôle celles d'hier

³ Le décret 92-264 du 23 mars 1992 a instauré le terme d'étudiant à la place de celui d'élève infirmière, et celui d'institut de formation en soins infirmiers à la place de celui d'école infirmière : « A compter de la date de publication du présent décret le mot "élève" et les mots "école d'infirmiers" son respectivement remplacés par le mot "étudiant" et les mots "centre de formation en soins infirmiers" dans tout acte administratif en comportant la mention » (Art. 4).

notamment pour des besoins professionnels contemporains qui exigent un contact avec ces professionnels dits « de terrain » qui exercent ailleurs.

Forte de ce vécu, l'hypothèse donnée à ce travail est que l'infirmière de l'éducation nationale est à la fois une infirmière semblable et différente des infirmières qui exercent dans d'autres lieux de soins ou hospitaliers, que nous avons qualifié d'identité métisse. Elle aurait une identité « métis » et développerait davantage de compétences éducatives et relationnelles du « prendre soin », donc du « care », plutôt que des compétences techniques et curatives du « cure » attribuées habituellement à l'infirmière ; et exerce le rôle propre infirmier plus que le rôle prescrit.

A - Toutes infirmières ⁴ diplômées d'État

A 1 – Un peu d'histoire de la profession

Le mot infirmier ou plutôt infirmière serait donc dérivé de « l'enfermerie », lieu institué au Moyen-âge pour contraindre des personnes que l'on ne parvient pas à maîtriser. Le soignant, terme qui n'existe pas encore serait alors un « assistant à la misère » sous la coupe de religieux. A la Renaissance, on trouve des établissements qui accueillent des fous, des vénériens, des malades, des exclus et des miséreux (enfants et adultes). Ils sont dirigés par des religieux et les « premiers » médecins ; les soins ont une valeur culturelle et sont assimilés à la charité pour l'amour de Dieu. Impossible de ne pas citer dans cet exposé, Saint-Vincent-de-Paul et les sœurs de la charité qui sont vouées au service des malades et au service corporel et spirituel des pauvres.

La remise en question de la suprématie religieuse s'effectue après la révolution française et surtout vers le milieu du XIXème pour deux raisons principales : la santé devient un enjeu politique de la République qui propose de combattre les maladies et de répandre la santé pour tous. La deuxième est plutôt liée à la vision religieuse de la santé ; en effet l'obscurantisme des cornettes enflamme les débats laïques puisque, par exemple, elles refusent de donner des soins

⁴ Nous choisissons délibérément d'utiliser le féminin, qui l'emporte à 87 % dans la représentativité de la profession tous exercices confondus (chiffre DRESS 2014)

aux filles mères et aux vénériens. Enfin la mise en œuvre des découvertes de Pasteur, par exemple, nécessitent un habillement moins couvrant et de nouveaux gestes professionnels d'hygiène et de stérilisation que les « sœurs » n'envisagent pas d'adopter. Les médecins ont aussi besoin d'auxiliaires plus dociles que les religieuses. L'expression des besoins exprimés par les médecins est relatée par Marie-Françoise COLLIÈRE figure emblématique de la cause infirmière dans son livre « Promouvoir la vie » (1982) : « de vaillantes filles du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire [...]. Nous la désirerions mariées et mère de famille car il est des délicatesses de sentiment pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans le cœur des mères [...]. Cette infirmière plébéienne d'origine serait dépourvue de morgue et de dédain.... ». On peut se demander qui détient la palme du dédain. Il était d'ailleurs inscrit sur le brevet délivré aux premières diplômées de l'École de gardes-malades et d'ambulancières de Paris, en 1877 :

« *Soyez les auxiliaires intelligentes et dévouées du médecin, – tenez dans la propreté la plus parfaite le malade, son lit et sa chambre, soyez probes, discrètes, décentes, sobres, actives, patientes, douces, bonnes, sans familiarité, – ne sortez jamais de votre rôle, – en temps de guerre ou d'épidémie, que votre patriotisme et la charité vous inspirent le dévouement... »* (LEROUX-HUGUON 1992).

Il est à noter qu'à ce jour, dans le code de la santé publique, nous sommes toujours les infirmières avec d'autres professionnels paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste...), des auxiliaires médicaux. Nous pouvons toutefois nous enorgueillir du fait que la naissance de la profession est liée à la laïcisation des soins.

Ce bref rappel de l'histoire explique en partie la posture des infirmiers ; entre charité chrétienne et façonnage pour les besoins des médecins, qui collent encore à la peau de la profession ce que MF Collière (1982) interprète comme: « *une filiation médicale patrilinéaire qui se superpose à la filiation religieuse matrilinéaire* », autant dire que la profession peut souffrir d'un trouble dissociatif de la personnalité. « *Tous ces héritages doivent bel et bien être endossés par les infirmières et éclairent d'ailleurs les tensions, les dilemmes qui continuent à traverser une profession mal affranchie des tutelles passées.* » (Dougnet, F., Vilbrod, A. 2007)

La première guerre mondiale a affirmé la profession comme utilité sociale, et la seconde lui a permis de s'affranchir un peu vis-à-vis des médecins. Cet affranchissement est principalement

lié aux progrès des thérapeutiques et des techniques d'investigation qui a eu pour conséquence de devoir déléguer aux infirmières des gestes y compris techniques. Dans cette temporalité et jusqu'en 1968

cohabitent des infirmières religieuses, les demoiselles de la Croix Rouge formées autour de valeurs charitables et les nouvelles recrues de l'assistance publique formées elles aussi mais qui passent pour des noceuses, voire des dépravées. Aucune de ces trois représentations un peu caricaturales ne s'entendent et ne considèrent l'autre comme un alter ego. Nous nous permettons de penser que cette entente n'existe toujours pas entre infirmières des différents lieux d'exercice, celles exerçant à l'éducation nationale étant souvent considérées comme « planquées », parce que bénéficiant des vacances scolaires et considérée comme ne travaillant pas dans un service actif, et pas complètement reconnues comme soignantes par leurs paires. Il peut être aussi constaté, de façon plus générale, la difficulté de l'ensemble des infirmiers à reconnaître et adhérer à l'Ordre des infirmiers créé en 2006. Ce constat peut être corrélé au fait que les gouvernants sont frileux de le promouvoir ; l'actualité de l'année 2015 en donne un exemple, puisque les parlementaires signent son arrêt de mort, alors que les sénateurs le sauvent. L'absence de décret ou de circulaire d'application depuis la date de création de l'ordre, montre une certaine prudence du législateur.

Reprenons le fil de notre historiette, mai 1968 a permis, grâce à certaines interrogations collectives, notamment sur la place de la femme, et également de certaines avancées sociales, de faire prendre conscience aux infirmières qu'elles exercent une vraie profession et il se profile une volonté de ne plus figurer comme des saintes laïques obéissantes, soumises, charitables et dévouées. Elles osent même s'opposer parfois aux médecins qui sont alors « leurs patrons », dénomination qui est encore parfois utilisée dans les centres hospitaliers universitaires.

Il faudra attendre le début des années 1980 pour que leur autonomie soit enfin effective par la reconnaissance du rôle propre infirmier (centré sur la personne humaine et plus uniquement sur la maladie) décliné dans les textes réglementaires au même titre que le rôle sur prescription médicale. C'est aussi dans cette temporalité que les infirmières hospitalières bénéficient d'un directeur de soins « pairs » (et je parle ici au masculin car le premier que j'ai connu dans ma

carrière hospitalière était un homme malgré la prééminence des femmes dans la profession). Depuis les années 1980 la profession est donc réglementée et s'exerce de façon autonome, en tout cas sans aucune autorité ou tutelle médicale. Si cette partie fait la part belle aux infirmières hospitalières, nous ne pouvons pas exclure de l'histoire de la profession, les infirmières libérales.

Avant 1922, année qui voit paraître le décret qui officialise la formation d'infirmière, des religieuses visitaient les familles, toujours comme un acte de charité, mais dans l'objectif de prodiguer conseils et soins. A l'aube du XXème siècle on estime qu'environ deux cents congrégations religieuses s'adonnent au soin des malades. La laïcisation en marche aussi dans ce secteur, va susciter l'engagement d'autres personnes sous l'impulsion de médecins hygiénistes pour lutter contre ce que l'on appelait les fléaux sociaux, notamment tuberculose, syphilis et alcoolisme. Elles ont bénéficié de l'ouverture d'écoles privées dans les années 1900. Le décret du 27 juin 1922 va créer le brevet de capacité professionnelle qui permet de porter le titre d'infirmière diplômée de l'état français pour cinq spécialités différentes : infirmières hospitalières, visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, infirmières d'asiles, infirmières masseurs. La formation prévoit de faire une première année en commun avec les infirmières hospitalières puis une seconde qui leur sera propre. Devenir infirmière visiteuse c'est alors ni plus ni moins se spécialiser. Elles allaient dans les familles notamment pauvres pour prodiguer aux mères de famille des conseils d'hygiène pour éviter la contagion, convaincre d'autres de se rendre dans les dispensaires qui se développent alors. Ce qui fait écrire à Vilbrod et Douguet (2007) à propos de l'histoire du métier d'infirmière libérale : « *Peu à peu donc, entre soins préventifs et soins curatifs, un nouveau métier se développe.* » La guerre 14 -18 et surtout les équipements sanitaires et humains des États-Unis vont contribuer à les professionnaliser, faisant même de l'ombre aux médecins qui militeront pour les faire disparaître ou tout du moins les contraindre à l'obéissance médicale. Elles auront tendance à disparaître dans les années 30 avec l'arrivée des antibiotiques et la prééminence de l'hospitalo centrisme. En 1938, avec l'apparition des assurances sociales de la généralisation des allocations familiales qui demandent de la part des professionnelles des connaissances notamment juridiques, on assiste à une scissure entre ce qui concerne le social et le sanitaire instituant un décret qui crée le corps des assistantes

sociales et le diplôme d'état d'infirmière hospitalière, mettant fin à la spécificité des infirmières visiteuses⁵. C'est un décret de 1946 qui institue le terme de libéral et la possession d'une carte professionnelle pour exercer, et qui identifie le corps des auxiliaires médicaux. Les représentations sur les infirmières libérales sont celles de piqueuses qui enchaînent les visites sur prescription des médecins, puis elles ont un peu changé avec l'existence du rôle propre dans les années 80.

Nous proposons également de faire aussi un bref historique de la profession exercée à l'éducation nationale qui, comme vous le constaterez, est aussi une émanation de la laïcisation des soins et s'est développé parallèlement aux fonctions d'infirmières hospitalières et d'infirmières visiteuses sans toutefois être, à priori, nommées dans les spécialités énumérées dans le décret de 1922, ce qui pourrait interroger sur leur formation. C'est par l'ordonnance du 18 octobre 1945 qu'est créé le service d'hygiène scolaire, celle-ci a été précédée par le décret Lakanal en 1793 qui déclarait : *« des officiers de santé visiteront les élèves des écoles nationales et leur indiqueront les règles les plus propres à fortifier leur santé »*, puis il y eut la création de l'inspection médicale des écoles en 1896 et le service de santé scolaire en 1934 (TRICOIRE.M 1998). Les infirmières « scolaires » à cette date de 1946, pour celles exerçant en internat, sont gérées par l'éducation nationale sous l'autorité des chefs d'établissement. Celles qui œuvraient dans les écoles et collèges, dans un premier temps avec les assistantes sociales et les médecins, puis au fil du temps avec seulement les médecins (car les assistantes sociales ont revendiqué leur autonomie), ont été sous l'autorité tour à tour des ministères de la santé (de 1964 à 1984) et/ou de l'éducation nationale (de 1945 à 1964) pour rejoindre ce dernier en 1984 sous l'autorité des inspecteurs d'académie. Cette autorité est déléguée à un infirmier conseiller technique responsable départemental jusqu'en 2001, date à laquelle les organisations syndicales (OS) ont opté pour que l'ensemble de la profession exerçant à l'éducation nationale soit sous l'autorité du chef d'établissement, faisant des infirmières conseillères techniques des « faisant-fonction » n'ayant aucun lien hiérarchique, tout juste un lien fonctionnel, avec les collègues exerçant au niveau local. Les OS disent avoir préféré choisir cette organisation pour échapper à la menace, qu'auraient ressenti les collègues, de

⁵ Jusqu'en 1970, les assistantes sociales seront toutes des infirmières ayant effectué une spécialisation en cours d'études

retourner à la « santé » ou d'être transférées aux collectivités territoriales ; mais aussi pour mettre fin à l'autoritarisme de certains conseillers techniques départementaux. C'est pourquoi ces évolutions institutionnelles ont vu le service d'hygiène scolaire, où trois corps cohabitaient devenir, différents services médical, infirmier et social puis devenir santé scolaire, puis mission de promotion de la santé en faveur des élèves pour s'appeler depuis le 12 novembre 2015 (nouveaux textes des missions), politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves.

La dite « santé scolaire » est une spécificité française au moins sous la forme qu'elle prend et notamment sous l'autorité de l'État. Il est à noter que nous trouvons peu d'écrits sur celle-ci, qu'ils soient historiques, organisationnelles ou mêmes statistiques.

A 2 – Une prescription commune à toutes : ce que dit le code de la santé publique sur l'exercice professionnel infirmier

Avant de vous faire partager la prescription contemporaine, il convient de brosser un rapide aperçu de l'évolution de celle-ci. Comme nous l'avons vu plus haut, la profession infirmière a été reconnue pour la première fois en 1922, au travers d'un décret qui institue un brevet de capacités professionnelles et la délivrance d'un diplôme national pour cinq spécialités différentes : infirmières hospitalières, visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, infirmières d'asiles, infirmières masseurs. Nous n'avons pas trouvé en parallèle de ce texte une définition de la profession ; en 1937 toutefois une loi assujettit les infirmières à la prescription médicale. Puis la loi du 10 juillet 1943 parue au journal officiel du 28 août 1943 stipule : « *Est considéré comme relevant de la profession d'infirmier ou d'infirmière au sens de la présente loi, tout emploi dont le titulaire donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation des soins prescrits ou conseillés par un médecin* », il est prévu également dans son article sept la création d'une Union nationale reconnue d'utilité publique qui devait « assurer la défense des intérêts de la profession » et avoir « la garde de son honneur et de sa discipline » ; il est ici question vraisemblablement de l'embryon d'un ordre professionnel qui sera avorté dès 1946 lors de la parution du texte qui officialise le corps des infirmières libérales et qui précise déjà un certain nombre de gestes professionnels techniques qu'elles

peuvent effectuer ; texte préfigurateur de chacun des nouveaux textes qui continuent d'égrainer de longues listes de gestes que les infirmières effectuent souvent depuis longtemps en faisant fi des responsabilités engagées, mais qui doivent être arrachés à une autorité médicale qui reste omniprésente, à l'instar des pratiques avancées que les auxiliaires médicaux seront autorisés à effectuer et prévues dans la nouvelle loi de santé de janvier 2016; auxiliaires médicaux qui sont énumérés pour la première fois dans un arrêté du 31 décembre 1947 qui a permis de qualifier les soins codifiés par la sécurité sociale.

Les grandes avancées médicales, liées aux progrès technologiques, vont faire évoluer les pratiques professionnelles à l'hôpital et contribuer à la création d'un nouveau corps professionnel d'aide soignante. Ces faits induiront en 1961 de nouveaux contenus de formation initiale, qui se potentialiseront vers une autonomisation après les événements de mai 1968 notamment en ouvrant la formation initiale à des formatrices paires professionnelles dépossédant ainsi les médecins d'un pouvoir dans les écoles d'infirmières. MAGNON R. écrira en 2001 : « La réforme de 1972 ouvre « une nouvelle ère pour les infirmières et les infirmiers ». Celle d'une rupture avec les formations préparées, guidées, orientées par les médecins depuis 1923 et basées essentiellement sur une discipline, la médecine». Il faudra attendre la loi de 1978 pour que la notion de rôle propre apparaisse enfin dans l'article L.4311-1 du CSP, mettant un premier arrêt à la prescription médicale unique en autorisant l'administration autonome de certains soins infirmiers : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu...* »

Les fortes revendications d'un collectif d'infirmières dans les années 80 , parmi celles ci le droit de délivrer des médicaments, ceux vendus en vente libre dans les officines pharmaceutiques, ont permis l'amendement de divers décrets à ce texte premier, notamment en terme de compétences qui sera finalisé dans un texte de 2002⁶ . Il est intéressant de constater dans ce texte, qu'un seul médicament peut être délivré par les infirmières, il s'agit de la contraception d'urgence, qui en plus ne peut être administrée que par les infirmières de

⁶Décret 2002-194 du 11 février 2002 du CSP

l'éducation nationale. Il faut souligner que cette prescription a été d'abord écrite dans un texte de l'éducation nationale⁷ en 2000, comme la réglementation ne le permettait pas, cette demande a été soumise au conseil d'état qui l'a amendé et inséré dans le code de la santé publique comme texte de loi⁸. Comme dans presque toutes les opportunités qui se sont présentées à la profession (Kairos est-il passé ?), elle n'a pas réagi pour que cette possibilité soit étendue à la prescription d'autres médicaments. Pire, certaines collègues hospitalières ne savent pas que c'est une compétence liée à l'exercice de la profession dans certaines conditions : en effet plus de 50 % des infirmières ayant passé le concours d'**infirmières de l'éducation nationale** et de l'enseignement supérieure (INFENES) en 2014, n'ont pas su répondre ou ont mal répondu à la question : quel médicament d'urgence l'infirmière de l'éducation nationale peut elle délivrer ?

Pour ce qui concerne la réglementation de la profession et faisant suite à des travaux internationaux menés par des infirmières pour poser des principes déontologiques, un décret en 1993⁹ va poser les règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Celui ci va tenir lieu de code de déontologie pour la protection du malade, jusqu'à la promulgation de la loi de 2006 instituant l'ordre national des infirmiers, ordre qui devrait permettre d'asseoir la profession mais qui au contraire est contestée par une partie de celle-ci.

Le décret contemporain qui fait de la profession d'infirmier et d'infirmière une profession réglementée, est celui de juillet 2004¹⁰. Dans le code de la santé publique, il est accessible

⁷ Circulaire éducation nationale du 6 janvier 2000 relatif à l'organisation des soins et des urgences dans les établissements publics locaux d'enseignement et les écoles, suite au rapport de la députée Mignon sur une proposition de loi d'un groupe parlementaire présenté par la députée Bousquet

⁸ Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

⁹ Décret n° 93- 221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

¹⁰ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

dans le livre III qui traite des auxiliaires médicaux. La loi de janvier 2016 a introduit un titre préliminaire pour ce livre, sur l'exercice en pratiques avancées, dont nous avons parlé plus avant. Le titre I est consacré à la profession d'infirmière qui regroupe deux chapitres : les règles liées à l'exercice de la profession dont la partie réglementaire sur l'exercice de la profession ; les règles professionnelles (devoirs généraux, devoirs envers les patients, exercice libéral : reprise des jalons posés en 1993). La loi de santé de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, assoit quelques compétences des infirmières qui « allait de soi » et qui étaient déjà pratiquées : par exemple la notion de détresse caractérisée qui était adossée à l'autorisation de délivrance de la contraception d'urgence a disparu, il est aussi maintenant inscrit que les professionnels infirmiers ne sont pas soumis à demander l'autorisation des parents si l'élève s'y oppose, même si un consentement est tout de même recherché.

Il ne s'agit pas ici de vous présenter l'ensemble du contenu des textes réglementaires qui régissent la profession, mais ceux qui sont incontournables pour trouver un sens à notre hypothèse. En effet il y est question en première lecture d'exercer le rôle propre et le rôle sur prescription qui allient compétences relationnelles, éducatives et techniques ; il semble donc essentiel d'examiner ce que dit la prescription.

Dans la partie législative qui définit les professionnelles et le rôle propre est accolé le principe que l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

La partie réglementaire dans son article R. 4311-1 dispose que : « L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ». Dans la même partie les soins infirmiers sont réalisés « dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle ». Ils ont pour objet « 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes, ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial

ou social ». Mais aussi « 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions » et « 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes. »

L'article R. 4311-3 du code de la santé publique définit le rôle propre infirmier comme suit: « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.* »

Puis l'article R. 4311-5 du code de la santé publique définit sous forme d'une liste de quarante deux actes et soins que les infirmiers et infirmières peuvent mettre en œuvre en toute autonomie: « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage. Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement : surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ; dépistage et évaluation des risques de maltraitance ; aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ; etc....* » Un inventaire à la Prévert¹¹ où l'on trouve, sans qu'il semble y avoir une logique, à la fois des gestes professionnels qui paraissent simples et d'autres beaucoup plus complexes, comme vous pouvez le voir ci-dessus : « aide à la prise de médicaments » et « dépistage et évaluation des risques de maltraitance », qui nécessitent la mobilisation de savoirs complexes

¹¹ Jacques Prévert, *Paroles*, 1946.

qui ne sont guère explicités. Celles ci ne seront énumérées qu'en 2009 dans le cadre de l'universitarisation de la formation initiale dans l'annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier qui définit dix compétences à acquérir : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier, concevoir et conduire un projet de soins infirmiers, accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique, initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs, communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins, analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle, rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques, organiser et coordonner des interventions soignantes, informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Ce qui est plus étonnant dans cette partie réglementaire relative aux actes que les infirmières peuvent effectuer sur prescription médicale ; est l'existence dans l'article R 4311-7 d'un catalogue de quarante trois actes alors qu'il est spécifié dans la justification de l'article qu'il s'agit de prescription médicale écrite, datée, signée ou dans le cadre d'un protocole ; sauf cas d'urgence. Puis dans les articles suivants sont décrits dix soins et actes possibles à réaliser si un médecin peut intervenir « à tout moment ». Et enfin dix où elles peuvent participer à la mise en œuvre avec un médecin. Nous pouvons nous interroger sur la pertinence de ses listes puisque le médecin doit écrire une prescription, est-ce donc pour limiter ce que le médecin peut ordonner ? D'autant plus que dans l'article R 4312-29 qui décrit les devoirs envers les patients il est stipulé : « *L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence*

ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé. » Toutefois le terme important pour expliquer l'établissement de cette énumération, est peut être d'appuyer la notion d'urgence qui permet au professionnel d'intervenir en faisant fi de la responsabilité qu'il engage et qui l'expose. Danièle Sénotier dans un ouvrage collectif notait en 1992 : « *Les différents textes de lois sont relativement précis en ce qui concerne les tâches que l'infirmière effectue couramment, et ils le sont beaucoup moins en ce qui concerne les gestes que l'infirmière est amenée à prendre en charge, étant donné ses compétences et sa connaissance du malade, sans avoir forcément recours à la hiérarchie médicale, celle-ci n'étant pas toujours présente. Ces textes reflètent le flou qui règne dans la pratique, l'infirmière, face aux urgences, devant prendre des décisions qui comportent des risques, responsabilités qui ne lui sont pas reconnues* ».

Pour finir ce chapitre prescriptif, nous pourrions ajouter à ces deux exercices, rôle propre et rôle sur prescription, le rôle sur protocole qui est une réalité en milieu hospitalier, notamment pour la gestion de la douleur, ou pour certains soins récurrents comme les soins d'escarres. Nous verrons aussi que les infirmières exerçant à l'éducation nationale dispose d'un protocole¹² dans le cadre de l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement.

A 3 - Exercice à l'éducation nationale, des prescriptions supplémentaires à prendre en compte

L'article R4312-49 du CSP qui concerne les infirmiers et infirmières salariés précise : « *Le fait pour un infirmier ou une infirmière d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un employeur privé, une administration, une collectivité ou tout autre*

¹² Hors série du bulletin officiel de l'éducation nationale numéro 1 du 6 janvier 2000, relatif au protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement (EPLÉ)

organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels. » Les infirmières de l'éducation nationale sont donc soumises, comme toutes leurs collègues infirmières diplômées d'état, aux contenus des parties législatives et réglementaires qui régissent la profession.

Mais exerçant dans le service public de l'éducation nationale, elles sont aussi tenues de respecter les prescriptions de ce ministère. Nous nous intéresserons ici uniquement à la prescription contemporaine, même si à certains endroits nous pourrions nous référer à celles du passé. En cette année 2016, la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013 dite Peillon est en vigueur. La finalité affichée de cette énième loi qui concerne l'éducation est la réussite de tous les élèves, le tous représentant les plus défavorisés. En effet, elle entend lutter contre les inégalités sociales, face au terrible constat (qui n'est pas forcément nouveau) que l'école produit des élèves élites, élèves majoritairement de milieu favorisé ; et à contrario des élèves dont le niveau de réussite est bas, pour les publics socialement défavorisés ; faisant de l'école française une école à deux vitesses. Jean-Paul Delahaye, inspecteur général de l'éducation nationale dans son rapport « grande pauvreté et réussite scolaire »¹³ de mai 2015 ajoute également : « *On ne peut parler de système éducatif au singulier dans un pays où les écarts sont devenus aussi importants* ».

Inégalités sociales dans notre pays vont de pairs avec inégalités de santé, puisque l'expression « inégalités sociales et de santé » caractérise les inégalités qui sont en lien avec les caractéristiques sociales des personnes, contrairement, par exemple, aux composantes biologiques ou héréditaires qui peuvent constituer également des facteurs d'inégalités. Les recherches scientifiques montrent une persistance d'une mortalité plus précoce dans les populations moins favorisées, ils sont aussi plus nombreux à être victimes d'obésité, de maladies cardio-vasculaires et autres fléaux de notre temps. La nouvelle loi de santé (2016) affiche la prévention et la promotion de la santé au cœur du système et affirme dans sa première partie le déploiement, pour « soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en

¹³ Grande pauvreté et réussite scolaire. Le choix de la solidarité pour la réussite de tous. Jean-Paul Delahaye inspecteur général de l'éducation nationale. Rapport à madame la ministre de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur – mai 2015.

santé »¹⁴ d'un parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée (pour ce qui concerne les enfants scolarisés, les apprentis sont aussi concernés par ces prérogatives), faisant des enfants et des adolescents les publics prioritaires de l'action publique interministérielle. Ainsi l'article 6 de la loi définit la promotion de la santé comme une compétence de l'école prioritairement effectuée par les personnels de santé de l'éducation nationale, laissant toutefois l'ensemble des professionnels agir en sa faveur.

L'article L541-1 du code de l'éducation (modifié par loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 3) stipule : *« Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. Elles sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé... Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé. (...) Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social. »*

En parallèle de cette ambition affichée, avec une touche médicale sous jacente mais perceptible, il a été procédé à un toilettage des métiers de l'éducation nationale. Les infirmières bénéficient d'un nouveau texte des missions, et non pas de nouvelles missions. Celui ci organise l'exercice en laissant toutefois plus d'autonomie vis-à-vis des médecins (par exemple ils ne contribuent plus à la visite médicale de la sixième année des enfants scolarisés) et, révolution, institue la notion de « consultation infirmière » terme qui hérisse un peu ces derniers comme usurpation d'acception identitaire.

Le mot consultation infirmière, qui n'existe pas dans le CSP, est utilisé par trois fois dans l'ensemble du texte qui exclue le côté confidentiel qui aurait pu prévaloir à ce geste

¹⁴ Code de la santé publique : loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 - Titre Ier renforcer la prévention et la promotion de la santé – chapitre premier : soutenir les jeunes l'égalité des chances en santé

professionnel :

« L'infirmier-ière met en place des consultations individuelles en éducation à la santé centrées sur le besoin identifié conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il peut s'agir notamment de l'éducation à la sexualité, de la contraception, de conduites addictives, de conduites à risques, d'éducation nutritionnelle, du sommeil, de l'hygiène de vie, de relation d'aide(...) »

L'infirmier-ière organise, si besoin est, une consultation, le suivi de l'état de santé des élèves du premier et du second degrés en complément des visites médicales et de dépistage obligatoires, en vue de repérer les difficultés éventuelles de santé ou les élèves fragilisés (...)

En fonction de son rôle propre et des besoins qu'il identifie, l'infirmier-ière met en place un suivi particulier en organisant des consultations infirmières pour certains élèves(...) »

Nous ne pouvons que souhaiter que la reconnaissance de cette pratique par les infirmières dans un texte de l'éducation nationale, ait le même effet précurseur dans le code de la santé publique, que la délivrance de la contraception d'urgence en d'autres temps.

Cette double prescription « éducation nationale – santé » est donc bien une réalité du quotidien des infirmières qui les concerne directement : code de la santé pour ce qui réglemente la profession infirmière et du code de l'éducation pour la méta prescription avec bien sûr un lot de décrets et de circulaires sensés faciliter « le réel ».

Il y a aussi ce qui procède d'une prescription indirecte mais qui la concerne quand même parce que ce sont des textes qui touchent à la santé au sens large et global adoptée par OMS¹⁵ ; instructions ou textes adressés à une communauté des professionnels de l'éducation ou pas qui ne les maîtrisent pas voire n'en ont pas connaissance mais qui devraient les engager pour la réussite des élèves : parcours éducatif de santé, les éducation à, et un certain nombre de priorités nationales comme la santé des jeunes, la prévention, les inégalités sociales et de santé..... Pour finir et sans chercher l'exhaustivité, il est possible de citer le code de l'action sociale et des familles qui régit notamment la protection de l'enfance, les élèves en situation de handicap et la prévention de la délinquance : lois portées par les collectivités territoriale ; faisant des infirmières de véritables agents au service des politiques publiques, mais aussi des agents multi tâches souvent trop « multi ».

¹⁵ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

B - Au delà de la prescription : santé et outil professionnel

Si la prescription est incontournable il est impensable si nous parlons des infirmières de ne pas évoquer le concept de santé et d'aborder l'outil de travail commun à toutes les professionnelles et reconnu internationalement : le diagnostic infirmier.

B 1– Le concept de santé : apport de l'OMS

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Telle est la définition adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946 pour se substituer à celle qui la définissait comme « le silence des organes » ou plus simplement l'absence de maladie, qui perdure souvent dans les représentations de la santé qu'ont les Français. L'OMS a enrichi cette définition dans les années 1980 en favorisant un mouvement de promotion de la santé, suite à validation de travaux entrepris par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986 qui s'est tenue à Ottawa. Cela a donné lieu à une Charte « dite d'Ottawa » qui a modelé une nouvelle conception de la santé, non comme un état, mais comme une ressource de la vie et non le but de la vie : « *mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci* ». Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Elle désigne l'aptitude de maintenir un équilibre, appelé en terme scientifique homéostasie¹⁶, et de l'aptitude à se rétablir à la suite d'agressions ; donc l'aptitude d'une personne à gérer le stress, à acquérir des compétences et à entretenir des relations.

Nous avons grandi professionnellement à l'ombre de la charte d'Ottawa. Nous disons à l'ombre car le concept de promotion de la santé, sauf par certains professionnels de santé de

¹⁶ Définition du CNRTL pour Homéostasie : Tendance de l'organisme à maintenir ou à ramener les différentes constantes physiologiques (température, débit sanguin, tension artérielle, etc.) à des degrés qui ne s'écartent pas de la normale.

l'éducation nationale, a jusqu'à présent peu été mis en lumière. Toutefois il nous semble que les textes contemporains aussi bien émanant des ministères de la santé et de l'éducation prennent en compte à la fois les notions de bien être (école bienveillante, notion de climat scolaire....) ; mais aussi de prévention et de promotion de la santé, qui sont affichées comme éléments de conduite de politiques, redonnant trente ans plus tard un sens à ce qui avait été adopté et surtout préconisé à Ottawa.

B 2 - La démarche clinique infirmière un outil essentiel à la pratique professionnelle moderne

La démarche clinique est l'outil professionnel des infirmières afin de pouvoir poser un diagnostic infirmier et mettre en œuvre les soins appropriés comme évoqué dans la partie prescriptive. L'IFSI de Laon la définit ainsi sur son site internet : *« La démarche clinique infirmière est le processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et ou potentiels d'une personne ou d'un groupe mais également de ses capacités. Le professionnel élabore un raisonnement clinique ou jugement clinique sur la situation. Il agit en fonction de ces hypothèses et détermine des interventions infirmières afin de résoudre le problème C'est un processus d'adaptation du soin à la personne et un processus décisionnel dans lequel l'infirmière diplômée d'état peut sélectionner les données, les analyser, émettre des hypothèses diagnostiques, les vérifier, intervenir, évaluer ses interventions et en planifier d'autres à venir. »*

Ce processus s'appelait avant la réforme des études de 2009, la démarche de soins ; la nouvelle appellation reconnaît à la profession cette compétence clinique au sens grec du terme, au même titre que les médecins; ce qui est légitime car doit on le rappeler le sens est « au chevet du malade alité», or le jugement professionnel se réalise aussi au chevet du malade. Le chevet pourrait prendre ici un sens plus académique en lien avec les travaux sur la clinique de l'activité : le jugement professionnel est bien issu de différentes étapes d'un processus et de gestes professionnels qui procèdent de la didactique professionnelle et qui mériterait d'ailleurs d'être davantage observé et étudié.

Cette démarche est par essence subjective puisque réalisée avec son soi personnel et

professionnel, ce qui intrinsèquement déterminera une perception et un jugement unique, situant bien la profession infirmière dans les « métiers de l'humain » qualifiés d'impossibles par Freud et montre toute la complexité de l'exercice de la profession, notamment pour la prise en charge collective d'un soigné. Lors de formations, au travers de l'étude de situations d'élèves nous avons pu observer ces différences d'appréciation et d'analyse qui peuvent conduire à des réponses professionnelles très différentes, sans pour autant qu'elles soient incohérentes avec la situation proposée.

C – Exercice professionnel : ce qu'il est possible d'exploiter

A propos de l'exercice professionnel infirmier français et au nom de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers : JOVIC L. (2010) le qualifie (excepté pour les spécialités officiellement reconnues) de type généraliste. Elle énumère les possibilités de recherche infirmière à partir des textes réglementaires autour des domaines d'activités suivants: la promotion de la santé, la prévention, les soins curatifs et palliatifs, la réhabilitation, mais aussi des milieux d'exercice : sanitaire, médico-social, scolaire, du travail, pénitentiaire, santé publique ; elle aborde la possibilité d'explorer les facettes liées au statut d'exercice : public, privé ou libéral. Elle termine son article de présentation de l'exercice français de la profession : « les infirmières, selon leur grade, ont des activités cliniques ou mènent des actions en direction de populations (prévention...), de gestion, d'enseignement et de formation, de recherche. »

Notre recherche se situera, de façon non exhaustive, sur les milieux d'exercice, sans tenir compte du statut et sur le registre des soins sans être précis sur les domaines d'activités, l'objet du travail n'étant pas de caractériser ces domaines, toutefois nous regarderons les « ou » qui ne sont pas des « et », envisagé sur les activités menées selon les grades dans l'article cité plus haut.

C 1 - Comment nommer ceux que nous « soignons » ?

Au regard de l'hypothèse émise et afin d'être en capacité d'engager un questionnement des infirmiers et infirmières qui travaillent sur des lieux d'exercice différents il fallait construire

un seul et même outil qui le permette. Un premier écueil est apparu lorsqu'il a fallu nommer les personnes qui bénéficient des soins infirmiers. En effet, assez couramment les personnes soignées sont appelés des patients¹⁷ : c'est le terme utilisé dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, même si en d'autres temps il a été essayé le nom d'usager. C'est aussi celui utilisé lors des consultations chez les médecins, kinésithérapeutes, infirmiers.... , même si le terme de client lui est parfois préféré, en rapport avec la rétribution financière accolée au service fourni. A l'hôpital il peut prendre le même titre de patient ainsi que celui de « malade »¹⁸ ce qui pose tout de suite le statut de la personne. Il n'est pas question ici de définir toutes les expressions ou mots qui pourraient désigner une personne qui bénéficie des soins d'une infirmière, en l'occurrence à l'éducation nationale ces personnes sont nommées des élèves, parfois « des jeunes » dans certains textes même si cela tend à disparaître. Ils sont parfois malades ou plutôt porteur d'une maladie chronique ou en situation de handicap, mais en général « a-pathologique » mais tous en construction donc présentant des faiblesses structurelles à ne pas négliger. Il est alors difficile de trouver le mot juste qui conviendrait à tous les professionnels à qui sera soumis cet outil.

Cet écueil a été résolu en utilisant le mot de soigné, comme représenté dans la relation soignant-soigné, il est entendable que chacun des professionnels quelque soit son lieu d'exercice a ceci de commun qu'il prodigue des soins. Il est intéressant de souligner qu'à la première lecture critique de l'outil, des collègues infirmières exerçant en d'autres endroits

¹⁷ Selon le centre national de ressources lexicales, le patient en tant qu'adjectif dans la première moitié du XIII^e est celui «qui supporte patiemment les défauts d'autrui» (*Psautier d'Oxford*), puis dans la seconde moitié XIV^e celui «qui souffre sans murmurer les adversités, les contrariétés» (*Brun de la Montaigne*). En tant que substantif et au XIV^e c'est celui qui est «malade» (*Brun de Long-Bore*). En 1617, une «personne qui est condamnée au supplice» (*A. d'Aubigné*). Patient est emprunté au latin *patiens* «qui supporte, endurent», participe présent adjectivé de *patior* «souffrir, supporter, endurer ».

¹⁸ Gianna Pomata, dans la traduction anglaise de son livre, jongle à bon escient entre le terme de patient, employé lorsqu'il s'agit d'un malade clairement engagé dans une relation thérapeutique, et celui de malade («sick» ou «ill») utilisé pour désigner un souffrant ou un usager du marché thérapeutique. (L'histoire du «patient»: aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Philipp Rieder Gesnerus 60 (2003) 260–271)

qu'à l'EN ont posé tout de suite la question du pourquoi utiliser le terme de soigné ; nous pouvons interpréter cette question en terme de représentations qu'ont certaines collègues de l'exercice à l'éducation nationale, sur l'activité infirmière effectuée ; activité qui ne serait pas des soins. Nous verrons que les infirmières ne qualifient et ne caractérisent pas les soins toutes de la même façon, et aucune remarque sur le mot de « soigné » n'a été formulée dans les commentaires du questionnaire.

La deuxième interrogation pour la construction était de trouver des points de questionnement qui soient suffisamment explicites pour les interviewés et qui permettent de révéler des éléments de comparaison pertinents avec l'hypothèse. Le questionnaire est l'outil le plus adapté afin de recueillir un nombre suffisant pour envisager une possible comparaison. Nous avons expérimenté en tant qu'étudiant le Q – Sort, questionnaire atypique, dans le cadre d'un cours du master MEEF-IFF¹⁹ et nous avons été séduits par les possibilités que permettent l'utilisation de celui-ci.

C 2 Choix de l'outil : le Q – Sort

Le Qualities – Sort (tri) est un outil qui a été créé en 1935 par Stephenson, un statisticien américain. C'est une méthode statistique basée sur le tri de vingt à soixante énoncés qualitatifs par les interviewés. Dans notre étude, il permettra de classer vingt affirmations qui correspondent le plus ou assez, ou bien ne correspondent peu ou pas du tout, ou bien n'ont pas d'incidence remarquable sur la pratique professionnelle de chacun des participants. Le Q -Sort est un outil type « questionnaire », il nous permettra donc d'avoir des données quantitatives. Toutefois, ce qui nous a intéressé dans le choix de cet outil est la possibilité de tri et de classement des données qui oblige les interviewés à se positionner, apportant une touche qualitative aux résultats.

¹⁹ Cours de PARAGOT JM, master MEEF-IFF 2015-2016

C 3 - Origine de notre construction

Les vingt questions qui composent le Q-sort sont en corrélation avec des notions qui ont émergées suite à un classement en catégorisation et sous catégorisation lors du travail exploratoire d'un corpus de soixante cinq fragments de situations professionnelles exploités en atelier d'analyse de pratiques professionnelles, dont nous avons parlé en introduction. Ces ateliers ont été organisés pour des infirmiers et infirmières de l'éducation nationale volontaires et ont été animés par des « paires » (au sens parité) professionnelles formées. Il s'agit de permettre à chaque participant, dans un cadre précis et délimité, de saisir par lui-même, pour lui-même et avec l'aide des autres, la réalité de son métier dans sa complexité ; De PERETTI dit que c'est « *l'accroissement du champ de réflexion et de perspicacité du professionnel qui est visé* ». Les fragments élucidés sont caractéristiques de moments de travail en inter relation qui ont été sources de questionnement, ou d'inconforts professionnels dans la pratique du quotidien.

Le résultat du travail exploratoire des fragments a mis en évidence quatre catégories : posture professionnelle, accompagnement, partenariat et disqualification professionnelle ; chacune d'entre elles se décomposent en sous catégories qui ne sont pas d'égales proportions.

La catégorie « posture professionnelle » la plus représentée a été décomposée en plusieurs notions : l'organisation du travail, la distance de professionnalité, les gestes professionnels en fonction du lieu d'exercice, les gestes spécifiques à l'environnement scolaire ; sous le terme de responsabilité nous retrouvons les notions de secret professionnel et de légalité-illégalité, la protection dans le sens de « se protéger » ; enfin la notion de limites professionnelles recouvrent les termes de seuil critique de tolérance, d'éthique et de valeurs, d'usure professionnelle, de manque de reconnaissance, de temporalité et d'environnement matériel et professionnel.

La deuxième catégorie est la notion (concept) d' « accompagnement », elle est dédiée plutôt aux soignés de l'éducation nationale, c'est à dire l'élève et éventuellement sa famille. Elle englobe les notions d'in substituabilité (Ricoeur) , de suivi individuel, de vigilance particulière liée à un risque potentiel détecté et pour une situation de l'accompagnement exceptionnel de fin de vie.

Pour la troisième, il est question de « partenariat » soit ici le travail en équipe et concerne la communication, la collaboration avec les autres professionnels de l'éducation nationale, et la co éducation pour le travail avec les parents.

Enfin la quatrième catégorie et la moins représentée, est celle de la disqualification professionnelle où sont décrits une maltraitance de type psychologique et une physique. Nous ne reprendrons pas cette dernière catégorie dans ce travail.

C 4 - Organisation de la construction

Il s'agit maintenant d'organiser notre pensée pour explorer la manière dont nous allons interroger l'exercice professionnel en parallèle avec la catégorisation.

Nous pourrions envisager de classer différents champs de l'exercice professionnel sous forme du schéma ci-après. L'exercice professionnel sera regardé par l'intermédiaire de cinq affirmations sur la perception de l'exercice des rôles propre et sur prescription médicale dans le quotidien, ainsi que les qualités attribuées à celui-ci : techniques, relationnelles et éducatives ; et le degré d'autonomie de celui-ci sur le suivi du soigné. Nous essaierons aussi de percevoir la prise en compte du contexte professionnel et son éventuel influence sur les gestes professionnels au travers de deux questions. Comme il semble improbable de ne pas parler du travail en équipe lorsque nous abordons le travail infirmier, cinq affirmations seront proposées dans le Q- Sort : la possibilité de l'exercer ou non, l'appartenance des partenaires au monde de la santé et enfin sur la cohérence de la prise en charge du soigné.

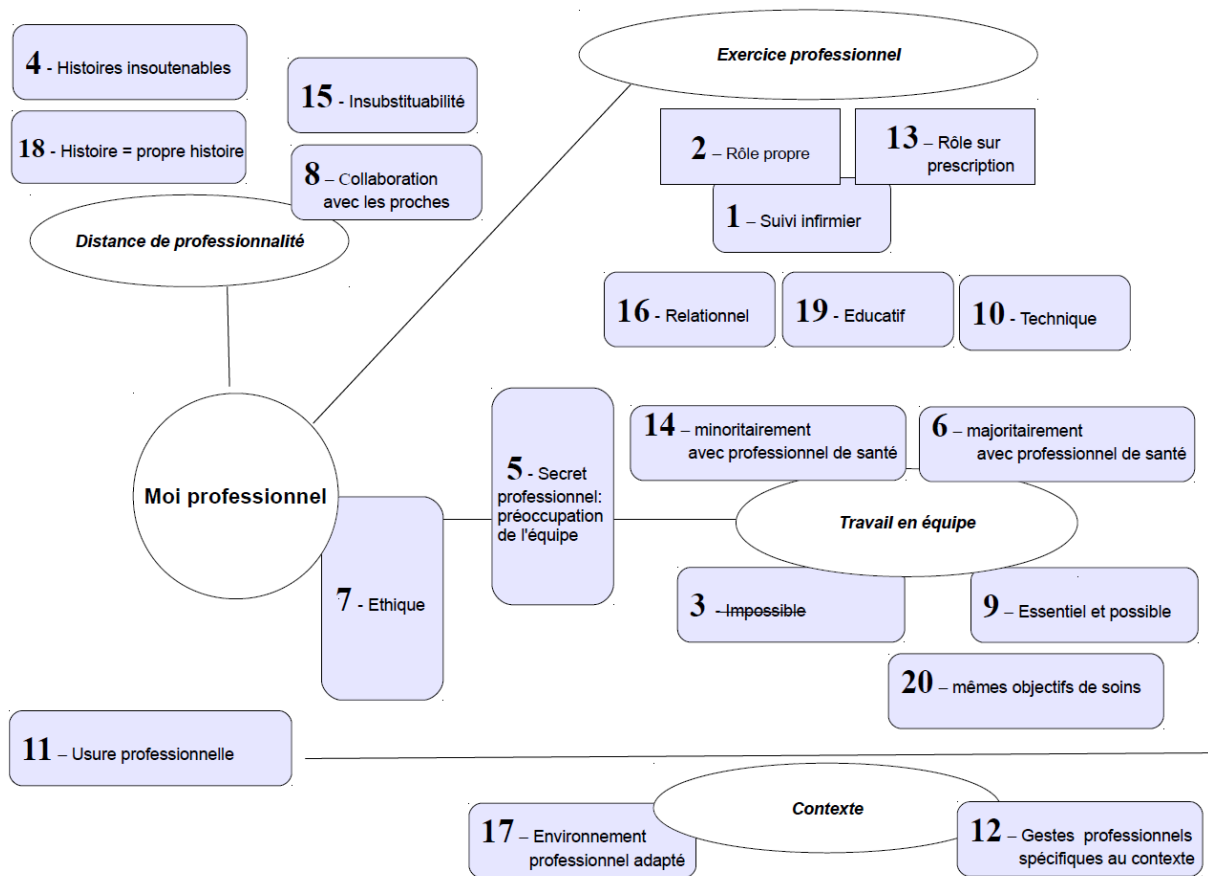


Schéma d'organisation du Q-Sort en quelques notions - Rozenn de Lavenne - 2016

Enfin chaque interviewée, constituée de facto d'un moi professionnel acquis en formation initiale et enrichi par la pratique, sera questionnée autour de la dimension de l'éthique exercée auprès des soignés avec la mise en avant de la notion d'insubstituabilité, et de collaboration avec les proches : trois affirmations. Pour compléter, il sera abordé la distance de professionnalité (PARAGOT 2010) pour mettre en perspective la gestion du moi personnel et professionnel, autour de deux affirmations sur la perception d'histoires difficiles à supporter, ou d'histoires qui entrent en résonance avec sa propre histoire, son moi personnel. Pour terminer avec la présentation de notre cheminement pour élaborer cet outil, nous avons intégré une affirmation qui reprend la notion d'usure professionnelle évoquée dans plusieurs ateliers d'analyse de pratiques professionnelles cités plus avant.

Notre Q-sort sera ainsi un relevé des représentations qui reprennent l'ensemble des éléments du crible des ateliers d'analyse de pratiques professionnelles organisés dans l'académie de

Nancy-Metz et offert à la perception des infirmières de notre échantillon pour en extraire une gradation et un mélange.

Une explication du choix des vingt phrases, leurs justifications et les attendus princeps.

C 5 - Contenu des vingt affirmations qui composent notre Q- Sort

Nous vous proposons de dérouler le contenu des vingt affirmations, par ordre de lecture par les interviewés (annexe 1?) mais de les regrouper par similitudes, thèmes ou « négation – affirmation » pour en faciliter la compréhension.

Affirmation 1- « Je peux engager un suivi infirmier de ma propre initiative et sur une période supérieure à deux semaines. »

Dans de nombreux lieux notamment d'hospitalisation, les séjours pour les soignés sont de plus en plus courts, il est donc complexe dans cette temporalité d'envisager de suivre une personne « à moyen terme », le projet de soin mis en œuvre pour la personne soignée sera le plus souvent centré sur la dimension curative « le cure » et évalué sur des résultats en lien avec une amélioration de la santé qui permettra un retour à domicile avec ou sans soins ambulatoires ou le transfert dans une unité de soins de moyen ou long séjour. La notion de suivi infirmier n'est donc à priori pas, voire peu utilisée notamment dans une temporalité de quinze jours ou plus, elle apparaît dans le texte réglementaire interne à l'éducation nationale et est définie notamment comme les suites à donner après un repérage dans le cadre de dépistages infirmiers systématisés, ou d'une consultation infirmière qu'elle soit à la demande de l'élève ou de l'équipe éducative. La notion de projet de soins lui est sans doute préférée sur les autres terrains d'exercice. Cette affirmation devrait donc hypothétiquement davantage être choisie par des infirmiers ou infirmières de l'éducation nationale.

Affirmation 2 – « L'exercice du rôle propre caractérise ma pratique quotidienne » et affirmation 13 – « L'exercice du rôle sur prescription médicale caractérise ma pratique quotidienne »

C'est majoritairement dans l'exercice du rôle propre infirmier que les collègues peuvent éprouver des difficultés parce qu'il engage une décision en lien avec la réalisation de la démarche clinique infirmière et l'autonomie qui lui est conférée. La différence entre l'exercice

de la profession envers des patients à celle s'exerçant vers des élèves se situe sur la possibilité qu'ont les professionnelles d'initier un « rôle collaborant ». En effet les infirmiers qui pratiquent dans des services ou travaillent également des aides soignants ou des auxiliaires médico psychologiques, peuvent déléguer sous leur responsabilité un certain nombre de soins issus du rôle propre ; notamment tous les soins en relation avec le corps et qui ont un lien direct avec l'intimité du patient.

Une des hypothèses est donc que les infirmiers et infirmières qui exercent dans ces services vont plutôt privilégier l'affirmation de la question 13, qui stipule :

« L'exercice du rôle sur prescription médicale caractérise ma pratique quotidienne. », alors que les autres classeraient mieux l'affirmation 2 : « L'exercice du rôle propre infirmier caractérise ma pratique quotidienne. » Même si à l'éducation nationale le rôle sur prescription est pratiqué, pour les élèves porteurs d'une maladie chronique, et pour certains traitements ponctuels, délivrés à l'internat par exemple.

Affirmation 3 – « Le travail en équipe est essentiel, mais difficile voire impossible dans l'accompagnement du soigné. »

La Haute Autorité de Santé (HAS) ²⁰ consacre une page sur son portail internet sur la question du travail en équipe. Voici ce qui est écrit : « *De tout temps, le milieu de soins a été considéré comme un lieu où le travail en équipe est un mode de fonctionnement qui s'inscrit dans les valeurs du soin. Mais il existe une différence entre un groupe de personnes travaillant ensemble et un groupe de personnes travaillant efficacement en équipe. La pratique du travail en équipe rassemble les professionnels autour de buts communs et de la recherche de solutions afin d'améliorer la prise en charge du patient en collaborant avec d'autres acteurs de l'établissement et avec les secteurs extra-hospitaliers de façon à assurer des soins appropriés, sûrs, accessibles, délivrés au bon moment, et suppose donc un collectif*

²⁰ Frank JR et S. Brien, (corédacteurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. Les compétences liées à la sécurité des patients – L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé. Ottawa (Ontario); Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008.

coordonné. Il ne suffit pas de réunir au moins deux personnes ensemble pour faire une équipe. En ajoutant le mot travail au mot équipe, on obtient alors la réunion d'un groupe dont l'objectif est de réaliser conjointement un ensemble de tâches précises ; la participation de chacun à ce travail collectif contribue à l'atteinte d'un objectif commun de l'équipe. «Ces équipes définissent des objectifs communs, des responsabilités et des rôles précis et une prise de décisions interdépendante, et elles y adhèrent. Les patients sont au centre du travail de l'équipe et sont encouragés à prendre part aux décisions et à bien gérer leurs propres soins: .»

A cette lecture il est évident que la HAS attribue le travail en équipe au seul monde hospitalier et pour des patients. Or il est pratiqué à l'éducation nationale et au terme de patient cité dans l'extrait ci-dessus, nous pourrions lui préférer celui d'élève et attribuer les mêmes constats et objectifs communs. C'est sur cette dernière question des objectifs communs que le travail en équipe est complexe, car assez naturellement les infirmiers et infirmières croient en l'éducabilité de l'ensemble des élèves, fait qui n'est pas toujours partagé avec les équipes éducatives ou plutôt pédagogiques. Il est imaginable que les professionnels exerçant à l'éducation nationale classent cette proposition comme un obstacle dans la pratique ; si ce n'est pas le cas l'affirmation 9 leur conviendra vraisemblablement mieux : « Le travail en équipe est essentiel et ne pose pas de problème dans l'accompagnement du soigné ». Ces deux affirmations sont à lier avec l'affirmation 20 - J'ai les mêmes intentions (objectifs) d'accompagnement que mes partenaires de travail. Il est toujours question du travail en équipe qui peut, comme décrit ci-dessus, sembler fonctionner en surface mais être inefficace voire contre-productif s'il n'est pas cohérent sur les objectifs à atteindre pour la personne soignée. L'accompagnement est ici envisagé sous la forme d'un engagement réciproque (Mérini 1999) entre les professionnels en et hors l'école.

Affirmation 4 – « Certaines histoires de soignés sont insoutenables et influencent mon engagement dans la relation de soin. »

Il est question ici d'interroger la distance de professionnalité de soi à l'autre (PARAGOT 1993). En effet certaines situations d'élèves rencontrées dans les infirmeries sont à la fois inattendues et sources d'émotions parfois difficiles à canaliser en tant que professionnel et qui

peuvent susciter des réactions du registre personnel, rompant ainsi l'empan de rigueur, mais tellement humaines dans un moment d'altérité. Ces situations problèmes peuvent elles être spécifiques à un seul exercice ? Nous pouvons en douter, il sera intéressant de comparer le classement de celles-ci en fonction du contexte de pratique. Cette affirmation est à rapprocher de l'affirmation 18 : certaines histoires de soignés touchent à ma propre histoire et influencent mon engagement dans la relation de soins. Elle concerne toujours la distance de professionnalité, mais cette fois de soi à soi (PARAGOT 2010). Une des caractéristiques du travail infirmier est de côtoyer la vie, il faut donc rapidement développer une conscience exacerbée de ce qui la compose notamment dans ce qu'elle a de tabou dans nos sociétés occidentales, la maladie et la mort. Toutefois le blindage n'est pas complètement étanche à l'expression voire au submergissement d'émotions. Cette distance est vraisemblablement spécifique à l'exercice des métiers de l'humain (CIFALIM 1993) : maintenir à distance est une expression qui illustre la complexité de la réalisation, car il faut trouver la bonne distance qui peut être différente d'un sujet à l'autre et aussi d'une situation à l'autre.

Affirmation 5 – « Le secret professionnel qui concerne l'intimité du soigné est une préoccupation de l'équipe professionnelle. »

L'article L1110-4 récemment modifié par la loi de 2016 dans son article 96 énonce : « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ».....

Enfin l'article L1110-12 définit l'équipe de soins comme suit : « *l'équipe de soins est un*

ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes... »

Les professionnels éducatifs mais surtout les enseignants reprochent souvent aux personnels sociaux et de santé de ne pas partager les informations concernant les élèves, argumentant que s'ils avaient connaissances de certains faits ils pourraient être plus indulgents ou empathiques vis-à-vis des élèves qui rencontrent des difficultés liées à leur santé ou à des problématiques familiales ou sociales. La notion de violation du secret professionnel est répétée aux professionnels de l'Education nationale, ils sont par ailleurs tous soumis au respect du secret professionnel : ce qui touche à l'intimité des personnes « mes amis, mes amours, mes emmerdes » comme le chante si bien Charles Aznavour²¹, car cette notion est inscrite comme une obligation dans le statut du fonctionnaire. Le partage d'information à caractère secret est un point sensible dans le travail d'équipe. Un proverbe arabe dit : « Ton secret est ton esclave, mais si tu le laisses échapper il deviendra ton maître ».

A contrario, dans les autres lieux d'exercice où « l'équipe de soins » est conforme à la définition réglementaire qui permet plus facilement le partage, le secret professionnel nous semble moins, prégnant ou en tout cas non problématique. Ce fait est peut être une représentation, mais l'expérience de « visiteur » occasionnel de personnes hospitalisées nous fait constater des entorses involontaires ou inconscientes des personnels à l'obligation de discrétion voire du secret vis-à-vis des patients. Des patronymes de patients qu'il faut « changer » dits à la cantonade dans les couloirs ou dans une chambre. Poser cette affirmation permet de questionner les pratiques, et son classement d'apprécier le degré de préoccupation sur un lieu d'exercice.

Après cet exposé qui permet de définir les notions de secret professionnel, de partage d'information à caractère secret et surtout la notion d'équipe de soins, il paraît intéressant de les mettre en corrélation avec les affirmations 6 et 14 : mes partenaires de travail sont majoritairement ou minoritairement des professionnels de santé.

²¹ Chanson : Mes Emmerdes - Charles Aznavour Editions Musicales Djanik (année ?)

Enfin pour finir sur le partage d'information, il est important de préciser un autre article réglementaire sur le consentement du soigné qui a été précisé dans cette nouvelle loi : article L 1110-4 « III- (...) *Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.....* » IV.-*La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* V.-*Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ».

Ces articles ont conduit à poser l'affirmation 8 – « Si le soigné en est d'accord, la collaboration avec ses proches est une constante dans mon travail ».

Nous sommes en posant ce postulat sur la notion de consentement. Vous comprendrez également que le fait de « soigner » des mineurs engendre aussi pour les professionnels des interrogations éthiques vis-à-vis des responsables légaux et une prise de responsabilités qui semble différente (supérieure) à d'autres lieux d'exercice même si cet engagement est encadré par la loi.

Un autre article L1111-5-1 confère maintenant aux infirmiers la même responsabilité qu'au médecin et sage-femme sur les questions de droit en matière de sexualité : « *Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix* ».

Toutes ces questions autour du respect du patient dans ce qui touche à son intimité sont représentatives de l'éthique professionnelle qui renvoie à l'affirmation 7 - La question de l'éthique est centrale dans mon exercice quotidien, mais aussi à l'affirmation 15 - Je m'autorise à prendre certaine(s) décision(s) à la place du soigné » qui interroge également la notion de consentement.

Les affirmations 10, 16 et 19 sont en lien avec les trois qualités énoncées de l'exercice professionnel. Elles sont formulées comme suit : affirmation 10 – « L'exercice de ma profession est majoritairement technique » ; affirmation 16 – « L'exercice de ma profession est majoritairement relationnel et enfin affirmation » 19 – « L'exercice de ma profession est majoritairement éducatif ».

Il semble évident que ces qualités appartiennent bien à cette profession. La technique est présente quelque soit le lieu d'exercice : poser une perfusion, pratiquer une prise de sang, prendre la tension artérielle, surveiller un patient sous respirateur, mener un entretien, écouter, éduquer....

L'acquisition des techniques nécessite un apprentissage pratique et théorique. Dans l'échelle des représentations surtout des étudiants infirmiers, la technique est primordiale et le choix des lieux de stage central afin d'être dans le service ou la structure qui permettra de perfectionner la technicité de gestes professionnels qui sont représentatifs de l'imaginaire collectif, notamment la fameuse piqûre qui revêt d'autres termes en langage professionnel (injections intramusculaire sous cutanée, intraveineuse, pose d'une perfusion...). Cette hiérarchie de classement des soins est souvent faite au détriment des soins relationnels qui à priori soucient moins les jeunes professionnels alors qu'un infirmier ou une infirmière ne l'est pas, professionnel, s'il ne maîtrise pas cette compétence incontournable pour mener toutes les étapes d'une démarche clinique lors d'une consultation infirmière ou d'un entretien d'accueil. Douguet et Vilbrod (2007) dans leur ouvrage sur les infirmières libérales soulignent que c'est un « *métier empreint d'une technicité avérée, c'est aussi un exercice qui met en jeu à chaque fois une relation singulière, c'est un métier relationnel ou d'ailleurs le dire et le faire ne peuvent être dissociés* ».

Il s'agit bien de soins comme le soin éducatif : l'article R4311-15 du CSP affirme que : « *Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et*

en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : 1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ; 2° Encadrement des stagiaires en formation ; 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ; 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ; 5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

6° Education à la sexualité ; 7° Participation à des actions de santé publique ;

8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes ».

Cet article semble écrit pour l'exercice de la profession à l'éducation nationale, les activités de soins éducatifs vers les élèves sont omniprésentes : connaissance du corps, conseils sur l'hygiène de vie, la sexualité, l'automédication, il serait d'ailleurs intéressant d'analyser les pratiques éducatives des collègues tant en individuel qu'en collectif, pratiques dont elles n'ont pas toujours conscience comme nous l'avons appréhendé dans les groupes d'analyse de l'activité. Dans d'autres secteurs les pratiques éducatives ne vont pas de soi, à l'hôpital en particulier où il a été inventé des consultations d'éducation thérapeutique du patient comme si cela n'allait pas de soi et qu'il s'agissait d'une activité à part ne relevant pas simplement du rôle infirmier. Cette éducation thérapeutique fait l'objet de mise en œuvre de formations spécifiques, et font apparaître le mot de consultation terme non réservé jusque là aux infirmiers et infirmières même dans le cadre de l'exercice libéral. Or plusieurs articles légitiment ces actions: *« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de*

celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle : 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;..... ».

Recherche de légitimité d'une activité peu développée pendant l'hospitalisation, justification d'une pratique onéreuse en temps pour bénéficier de personnels supplémentaires pour mener cette éducation, appellation justifiée de « consultation » car nécessite une formation supplémentaire à celle proposée en formation initiale, recherche aussi d'une reconnaissance par les autres professionnels de santé notamment médicaux ?..... Autant de pistes à creuser qui ne sont pas au cœur de ce sujet, mais qui justifient la proposition de classement de la perception qu'ont les infirmiers et les infirmières de l'exercice de leur profession dans les composantes techniques, éducatives, relationnelles. Il est bien sûr attendu une différence entre les infirmiers exerçant à l'éducation nationale et les autres ; la question « vous avez d'autres responsabilités (formateur, référent, consultation) : « oui-non », sur les caractéristiques des répondants fera peut être émerger des éléments comparables si certains ont un profil comportant des similitudes.

De ce sujet de l'éducation, nous pourrions nous interroger si elle est toujours thérapeutique quelque soit le secteur d'activité, notamment dans les infirmeries des écoles, dans la mesure où ces soins permettent aussi de promouvoir la santé physique et mentale ; encore un chantier de recherche possible.

Dans tous les cas il s'agit de la réalisation de gestes professionnels à mettre en lien avec un lieu particulier de pratiques. Ces deux thèmes sont interrogés dans les affirmations 17 – « Mon environnement matériel et professionnel est adapté à ma pratique » et 12 - « Le contexte de mon exercice professionnel m'amène à faire des gestes spécifiques ».

Ces deux affirmations sont en lien à la fois avec l'idée de « métier » au sens intelligence rusée, qui fait que l'infirmier ou l'infirmière s'adapte au besoin du patient pour exercer son art quelque soit le lieu, mais avec le souci de respecter celui-ci y compris dans la confidentialité de ce qui est échangé (pièces dans les écoles inadaptées pour réaliser des bilans infirmiers, infirmeries ne disposant pas d'espaces propices à la confidentialité, ou « trop » à proximité des

locaux de la direction...) . Dix pour cent des fragments d'analyse de pratiques était en lien avec cette préoccupation liée au lieu mais aussi au matériel parfois inexistant à l'éducation nationale pour recueillir des éléments essentiels à la clinique de la situation. La question des gestes spécifiques liés au contexte méritera vraisemblablement d'être interrogée lors des entretiens qualitatifs car elle peut être comprise différemment. Si vous travaillez dans un service spécialisé, la réanimation par exemple, vous aurez effectivement des gestes spécifiques à réaliser : par exemple surveiller un patient sous respirateur. Dans cette proposition numéro 12, il faut lire plutôt des gestes professionnels particuliers effectués dans le cadre d'instances d'établissements : accompagner un élève et sa famille dans un conseil de discipline, partager des informations à caractère secret ou non avec l'équipe éducative au cours d' « un groupe de prévention de décrochage scolaire », interroger la place des parents dans une confiance de consommation ou de relation sexuelle dangereuse, être médiateur entre l'enseignant et l'élève en cas de conflit ou d'incompréhension mutuelle, partager (ou pas) à la hiérarchie des informations, déclarées par les élèves, relatives à la posture d'un enseignant, délivrer la contraception d'urgence.....Toutes, activités spécifiques au lieu d'exercice de l'École, singulières et pour lesquelles les infirmiers ou infirmières ne sont pas préparés dans leur formation initiale mais qui permettent que chacun puisse exercer sa mission.

La justification de l'affirmation 11 – « Je pense parfois à me réorienter professionnellement face à la difficulté des situations de travail » est en lien avec la catégorisation de la posture professionnelle et la sous catégorisation d'usure professionnelle qui apparaît à hauteur de 8 % des fragments discutés en atelier d'analyse des pratiques : Cette usure comme décrite par Dejours (1993), apparaît lorsque le poids des détresses n'est plus supportable, que la collaboration est impossible, que l'infirmière ne se sent pas reconnu en tant que professionnel, ou dans sa professionnalité.

Ce vingtième item clôture donc nos justifications des choix opérés pour interroger l'exercice professionnel infirmier. Vingt affirmations qui représentent un peu en miroir les préoccupations, les empêtements que les infirmières de l'éducation nationale expriment de leur exercice lors des AAPP. Nous avons conscience que ceux des infirmières exerçant hors de l'école, sont peut être différents mais nous verrons plus loin qu'il serait difficile de les confronter puisque peu d'infirmières interrogées bénéficient d'AAPP dans notre échantillon,

sans savoir si cela reflète un fait récurrent pour la profession. Il sera intéressant d'observer si un changement ou une demande des professionnelles s'opère, de façon générale, car les étudiants infirmiers depuis 2009 bénéficient, dans le cadre du référentiel de formation, de groupe de réflexivité et d'analyse de la pratique. Il serait toutefois important d'étudier ce qui est mis en place par les équipes pédagogiques des IFSI autour de ces impératifs de prescription.

L'exercice professionnel aurait donc, sans doute pu prendre un ou des angles différents qui vraisemblablement auraient nécessité des entretiens exploratoires auprès de plusieurs collègues exerçant dans différents lieux, afin de circonscrire le sujet. Nous pensons qu'au cours de l'analyse des résultats un certain nombre de questions se dévoilera à notre curiosité d'apprenti chercheur

D - Q-Sort dans l'action : construction définitive, échantillon, test, passation, calendrier

D 1- Construction définitive

La version définitive et validée a été possible grâce, bien sûr à notre guidant, et à la soumission d'un premier jet du Q-Sort à un groupe d'étudiants de MEEF-IFF dans le cadre d'un cours sur la construction d'outils de recherche. L'idée de ce travail était de façon synthétique d'expliquer son intention de recherche, de justifier le choix de l'outil, de préciser le public cible de l'interview. Cette étape a permis d'affiner le choix des mots et des expressions employées ; elle a aussi confirmé la compréhension des affirmations par des infirmières exerçant en dehors de l'éducation nationale grâce à la présence dans ce groupe de cadres de santé et d'infirmière hospitalière.

Outre les affirmations, il s'agissait aussi d'entériner les formulations qui agréent le choix des cinq occurrences de tri des vingt affirmations par chacune des interviewées : les deux phrases qui correspondent le plus à votre pratique, les quatre qui correspondent assez à ma pratique, les huit qui ont peu d'incidence remarquable sur ma pratique, les quatre qui correspondent peu et enfin pas du tout à ma pratique pour les deux dernières phrases. Nous pouvons rappeler ici que ce questionnaire atypique comprend donc vingt affirmations pour lesquelles les enquêtées doivent opérer un choix de classement, qui permet d'apporter une dimension qualitative à cet

outil.

D 2 – Échantillon prévisionnel

Nous avons envisagé de nous approcher d'un échantillon d'une centaine œuvrant à l'éducation nationale et la même quantité pour celles travaillant ailleurs : ce chiffre nous paraissait idéal pour nous permettre d'avoir des résultats significatifs en terme de comparaison. Pour les infirmières de l'éducation nationale cela semblait facile ; nous aurions pu adresser le Q-Sort et son annexe par mail aux 350 collègues et attendre les retours. Nous avons finalement choisi de faire passer le questionnaire à l'occasion de formations prévues dans le calendrier que nous animions, compatibles avec les échéances du mémoire. Il était ainsi possible de les récupérer immédiatement. Nous avions quatre vingt deux stagiaires prévus, nous verrons plus loin que les erreurs de remplissage et les absences ne nous ont pas permis de remplir notre objectif. Il existe deux occurrences pour les infirmières de l'éducation nationale, celles qui exercent principalement en établissement et celles qui exercent en inter degré c'est-à-dire dans au moins un collège ou au moins un lycée et des écoles du secteur de cet établissement du second degré.

Pour constituer l'échantillon « extra école », la situation était plus complexe car il faut souvent des autorisations de la hiérarchie qui demandent du temps et parfois beaucoup d'énergie pour peu de résultats. Nous avons eu la chance de bénéficier de la contribution de quatre étudiantes dans le même master, cadres de santé ou infirmière, qui ont proposé leur service pour distribuer une cinquantaine de questionnaires chacune sur leur lieu d'exercice, soit trois hôpitaux publics et une association de personnes dialysées. Ce choix n'est pas non plus anodin, les collègues travaillant dans des hôpitaux de taille moyenne dans lesquels les services dont nous avons besoin existent, et sur des zones géographiques qui sont approchantes de celles de l'académie, en écartant toutefois les services du centre hospitalier régional universitaire qui présentent des services encore plus spécialisés, les rendant de notre point de vue encore plus spécifiques.

Dans la définition du « prototype d'infirmières hors éducation nationale », nous avons imaginé d'interroger différentes spécialisations ou lieux d'exercice afin de pouvoir éprouver des tendances dans les comparaisons d'exercice de praticiennes. Ainsi les infirmières pouvaient se positionner soit comme hospitalière sans caractérisation de service, soit aux urgences, soit exerçant les spécialités d'infirmière anesthésiste ou d'infirmière de bloc

opératoire. Enfin, et parce qu'elles exercent dans des lieux « plus inhabituels » que le milieu hospitalier, et pour observer une éventuelle tendance de l'influence du lieu d'exercice, les infirmières libérales font partie de l'échantillon.

Outre la variable « spécialité » et la durée d'exercice de celle-ci que nous venons de décrire, d'autres ont été demandées le sexe, l'âge. Mais aussi la durée d'exercice en tant qu'infirmière diplômée d'état, le nombre de fois de changements de lieu d'exercice et lesquels : hôpital, EHPAD, crèche, scolaire, domicile, IFSI, entreprise et autre.

D'autres plus qualitatives : si le public soigné mineur est supérieur à 50 %, si les interviewées encadrent des étudiantes infirmières et/ ou des nouvelles collègues; une case leur permettait de déclarer si elles avaient d'autres responsabilités, et de pouvoir les préciser ; et une dernière si elles participaient à des ateliers d'analyse de pratiques professionnelles.

Une place accordée à d'éventuelles remarques et la possibilité de noter leur prénom et des coordonnées téléphoniques complètent ces variables.

Au final, les documents soumis, aux volontaires interviewés qui exercent la profession d'infirmière sont au nombre de deux : en en tête de celle-ci la présentation du questionnaire, les consignes de passation et de retour, puis les affirmations mélangées de façon aléatoire par tirage au sort, et numérotées de un à vingt, constituent une première feuille du questionnaire (annexe 1). La deuxième feuille (annexe 2) contient dans sa partie supérieure deux « tableaux identiques » qui permettent de reporter les chiffres classés en (+2), (+1), (0), (-1), (-2), dont un détachable et à conserver par l'interviewé ; dans la partie inférieure les variables décrites plus haut.

La première feuille permettait aux interviewés de classer les affirmations soit par choix d'occurrence, ou par ordre croissant, décroissant mais laissé à leur appréciation, par la présence d'une colonne à gauche des affirmations. Cette première feuille était normalement à conserver par les enquêtées car nous avons envisagé, dans l'intention de recherche, de procéder dans un deuxième temps à des entretiens de confrontation avec certaines collègues afin de recueillir des données plus qualitatives sur les représentations et points de vue sur l'exercice infirmier, nous verrons que, faute de temps dans l'organisation de la recherche, cette étape restera une intention.

D 3- Test de l'outil

L'outil a été testé début mars, par deux collègues hospitalières et quatre conseillers techniques infirmiers de l'éducation nationale début mars. Les remarques ont permis de réajuster quelques points de forme et d'explicitation et a mis un point final à la validation de l'outil. C'est en discutant avec les collègues qui ont accepté de diffuser le questionnaire, que nous décidons de mettre les deux feuilles dans une enveloppe sur laquelle est inscrite le nom et la qualité de chacune des collègues sensées récupérer les questionnaires remplis, et une date butoir pour le retour. Le document à récupérer soit un 3/4 de feuille est à glisser par les enquêtées dans une deuxième nommée « enveloppe retour ».

D 4 - Diffusion et calendrier

La diffusion des documents a été définie, pour des questions de cohérence de calendrier et de disponibilité de mes collègues étudiantes après les vacances de printemps. Chacune d'entre elles à disposer de soixante enveloppes contenant les documents, afin qu'elles puissent déposer une douzaine d'enveloppes dans chacun des services ciblés.

Nous les avons récupéré à partir du onze mars et jusqu'au vingt deux juin pour le dernier groupe. Cette temporalité ne permettait plus d'envisager une confrontation croisée avec les répondantes car une première analyse des résultats avant la fin juin n'a pas été réalisable.

D 5-- Recueil des données

Les données sont recueillies dans deux tableaux Excel différents.

Le premier permet de réunir uniquement les réponses au Q-Sort sous forme d'un tableau à double entrée avec en abscisse les vingt numéros des affirmations et en ordonnée les occurrences de tri. Chaque case récolte le nombre de fois où il a été choisi. Une dernière colonne permet de calculer le score de chaque phrase en additionnant chacun des nombres avec sa valeur d'ordonnée ; ce score peut être positif ou négatif.

Le second a été conçu sur les conseils de l'enseignant chercheur²² qui nous a éclairé tout au long du master sur les outils de recherche, afin de pouvoir exploiter les résultats avec l'outil statistique SPSS. Sur la partie Q-Sort, vingt colonnes permettent de recueillir chaque numéro d'affirmation en corrélation avec la valeur donnée par les interviewées : si l'on additionne les chiffres de un à vingt, on obtient un total de 210, ce qui a permis de repérer rapidement une erreur de remplissage de la part de l'interviewé ou de notre part.

Vingt et une autres colonnes sont conçues pour recueillir les variables décrites dans le chapitre précédent sous forme d'une codification (annexe 3). Le zéro qualifiant l'absence de réponse, le « un » une réponse positive (oui), le « deux » une réponse négative (non). Pour ce qui est en lien avec des temporalités (âge, durée d'exercice...) des tranches de cinq années ont été fixées comme jalon.

E - Résultats sur l'échantillon : fréquences et variables

Les espoirs sont souvent déçus. Comme nous l'avons énoncé plus haut, la taille de notre échantillon idéal ne sera pas atteinte. Nous avons recueilli cent quinze enveloppes retour. Pour ce qui concerne les infirmières de l'éducation nationale, seulement cinquante sept réponses exploitables sur les quatre vingt deux potentielles envisagées. Déception plus importante encore, pour les extrascolaires puisque seulement quarante et une réponses viendront gonfler notre corpus. Quinze seront écartées pour un défaut de remplissage : le même chiffre reporté deux fois, ou parce que toutes les cases ne sont pas remplies.

E 1- Caractéristiques de l'échantillon finalement stabilisé

Notre échantillon est donc passé au crible de l'outil SPSS et nous propose la répartition suivante : un échantillon de quatre vingt dix huit infirmières, dont cinquante sept travaillent à l'éducation nationale. Nous pouvons remarquer que dans l'effectif une personne n'est pas classée dans le tableau suite à une erreur de numérotation d'une interviewée. Après vérification du fichier nous pouvons affirmer qu'elle appartient en fait au public hors

²² VILATTE, JC MEEF-IFF 2015-2016 - Université de Lorraine

éducation nationale, mais cela a peu, voire pas d'incidence sur les résultats.

Tableau 1 : Répartition des interviewés par lieu d'exercice

Lieu d'exercice des interviewés	Effectifs	Pourcentage valide
0	1	1,0
Valide Education nationale	57	58,2
Hors éducation nationale	40	40,8
Total	98	100,0

Tableau 2 : Sexe

Sexe des interviewés	Effectifs	Pourcentage valide
Féminin	90	96,8
Valide Masculin	3	3,2
Total	93	100,0
Manquante NR	5	
Total	98	

Les infirmières de notre échantillon représentent 96 % des professionnels dans notre échantillon ; ce chiffre n'est pas cohérent avec la représentativité de la répartition homme-femme dans la profession puisque les chiffres de la DRESS de 2014 ²³ montrent que 87.1 % toutes natures professionnelles confondues sont des femmes ; le taux de femmes exerçant à l'hôpital public étant, la même année, de 86,7 % et de 96.3 % pour celles travaillant en santé scolaire et universitaire.

Ce tableau suivant montre les effectifs par groupe de recueil. L'idée de les avoir groupés était tout d'abord pratique plus que méthodologique ; en effet à chaque fois que nous récupérons les résultats d'un groupe, nous les rentrons dans des tableaux successifs, nous verrons s'ils peuvent apporter des tendances dans l'analyse finale.

Les quatre premiers groupes sont constitués d'infirmières de l'éducation nationale qui ont

²³ Chiffres DRESS 2014, page 39

participé à des formations dans le cadre de la formation continue : deux sur des thématiques transversales : parcours éducatif de santé et réseaux d'éducation prioritaires, une concernait un groupe de « formateur-pair », la quatrième est un groupe d'ateliers d'analyses de pratiques professionnelles. Pour les quatre groupes suivants, il s'agit d'infirmières exerçant dans trois hôpitaux différents et une structure de soins pour patients dialysés, qui présente des caractéristiques similaires à une structure hospitalière comme énoncé plus haut, mais qui a la particularité d'accueillir des patients chroniques dans une temporalité longue. Le groupe 9 est enfin composé de quatre infirmières de l'éducation nationale et d'une infirmière libérale, il est constitutif de personnes qui m'ont fait parvenir le Q-Sort par courrier et en léger différé.

Tableau 3 : Effectifs des interviewés par groupe de recueil

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Formation numéro 1	20	20,4	20,6
Formation numéro 2	13	13,3	13,4
Formation numéro 3	13	13,3	13,4
Formation numéro 4	7	7,1	7,2
Valide	Groupe hôpital 1	14	14,3
	Groupe hôpital 2	6	6,1
	Groupe hôpital 3	12	12,2
	Groupe hôpital 4	7	7,1
	Groupe 9	5	5,1
Total	97	99,0	100,0
Manquante 0	1	1,0	*
Total	98	100,0	

* la manquante appartient à l'hôpital 3

Intéressons nous maintenant à la variable de l'âge. Dans le tableau initial, nous avions prévu de classer celle-ci par tranche de cinq années. La taille de l'échantillon d'une part et la non conformité avec les rythmes habituellement affichés dans les études statistiques nous a fait modifier ce rythme à une temporalité de dix ans. Nous pouvons noter dans les tableaux ci-dessous un certain nombre d'éléments factuels.

Tableau 4 : Taux d’infirmier et d’infirmière suivant le secteur d’activité en France et en Lorraine (d’après les chiffres DRESS 2014)

Secteur d'activité	Tranches d'âge					
	20-29	30-39	40-49	50-59	60 +	Total
établissement public de santé	18,5	25,2	22,5	24,3	9,5	100
établissement privé de santé	17,5	22,8	19,4	25,5	14,8	100
santé scolaire	1,4	10,5	27,5	42,3	18,3	100
total tous secteurs	16,7	24,9	23,3	24,5	10,5	99,9
Total tous secteurs Lorraine	20,6	26,4	23,8	24	5,4	100,2

Tableau 5 : Taux d’infirmier et d’infirmière dans l’échantillon du Q-Sort

Q- Sort / tranches d'âge	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Total
échantillon en pourcentage	12,85	28,4	32,2	23,6	3,2	100,3
en nombre / réponse EN	4	9	23	17	3	56*
en nombre / réponse hors EN	8	17	7	5	0	37*

*Une non réponse pour l’échantillon EN et 4 pour le hors EN.

Notre échantillon éducation nationale est comparable à celui de la DRESS de 2014 pour les tranches 40 - 59 ans et proche de 70 % de la population professionnelle. Par contre quelque soient les éléments de comparaison pour l’échantillon hors éducation nationale : établissement public de santé ou total tous secteurs, pas de comparaison possible avec aucune des tranches d’âge et sur représentation de la tranche 30 -39 ans ; en lien certainement avec la faiblesse du nombre des répondants.

Nous pouvons voir dans le tableau 5 que chacune des spécialités que nous avons envisagé d’interroger est représentée dans l’échantillon ; malheureusement à des fréquences qui ne nous permettront pas d’établir des comparaisons intéressantes, tout juste peut être pour certaines questions l’expression de tendances. Outre les cinquante sept infirmières de l’éducation nationale dont seulement neuf sont sédentaires dans un établissement, nous pouvons compter quatre infirmières spécialisées en bloc opératoire ou en anesthésie, quatre exercent aux

urgences et vingt six déclarent être infirmière hospitalière. Les trois qui ont répondu « autre » sont deux collègues qui travaillent pour des patients dialysés (groupe 6) dont nous avons parlé plus haut, et une cadre de santé.

Tableau 5 : Spécialité déclarée

	Effectifs	Pourcentage valide
IBODE	2	2,1
IADE	2	2,1
Aux urgences	4	4,2
Libérale	1	1,1
Valide		
Hospitalière	26	27,4
EN	9	9,5
EN interdegré	48	50,5
Autre	3	3,2
Total	95	100,0
NR	2	
Manquante		
Système manquant	1	
Total	3	
Total	98	

Concernant la durée d'exercice en tant qu'infirmière ; 30 exercent depuis moins de dix ans dont 12 depuis moins de cinq ans, 28 entre 11 et 20 ans, 22 entre 21 et 30 ans et 14 plus de 31 ans. Nous pouvons donc estimé que quatre vingt deux d'entre elles ont acquis une certaine expertise.

Tableau 6 : lieux d'exercices antérieurs

	hôpital	scolaire	domi- cile	EHPAD	IFSI	crèche	entre- prise	autre
Effectif	81	56	22	16	2	2	5	25
Pourcentage	82	57	22	15	2	2	5	25

Sur le tableau 6, sont recueillis les lieux d'exercices antérieurs. Les chiffres remarquables sont

le nombre d'infirmières ayant déjà exercé à l'hôpital soit 82 % d'entre elles. Il reste 17 collègues qui n'ont pas choisi cette possibilité, ce qui peut interroger. En effet certaines infirmières choisissent en première intention et dès l'obtention du diplôme d'état d'intégrer l'éducation nationale, mais il est certain par notre connaissance du public que ce nombre n'est pas représentatif de l'ensemble de celles-ci. Or pour accéder à l'exercice libéral il est maintenant obligatoire que les infirmières aient une expérience professionnelle d'au moins deux ans encadrées par un cadre de santé avant de pouvoir y accéder, or les cadres de santé sont majoritairement en milieu hospitalier. Nous pouvons peut être penser alors que certaines collègues se dirigent bon an mal an vers l'exercice en crèche, en entreprise ou en EHPAD, ce qui corroborerait pour cette dernière, avec la demande croissante de soignants pour s'occuper, à domicile mais pas en structure libérale, des populations françaises vieillissantes, sans qu'elles soient hospitalisées ou dans des lieux dédiés : pour des questions d'offres de places vacantes, ou de coûts pour la société. La dernière option à ce constat pourrait être que les interviewées ont éludé la réponse à cette occurrence.

Les répondantes avaient accès à tous les choix de réponse, vingt cinq d'entre elles ont coché la case « autre » ; si la notion de précision sur la réponse était possible seulement deux personnes l'ont renseigné : l'armée et un sigle (LAPE) inconnu pour nous.

La variable suivante traitait du nombre de fois « où vous avez changé de lieu d'exercice ou d'environnement professionnel » dans votre carrière ; elle a suscité des réactions fondées : le travail en intérim, les services de « pool », l'exercice de nuit et de jour ; toutes ces spécificités peuvent augurer d'un changement d'environnement professionnel ou d'exercice, qui peuvent être choisies ou subies.... Nous sommes donc dans l'impossibilité d'exploiter cette donnée trop imprécise.

E 2 - Autres variables : public, responsabilités exercées, participation à des AAPP

Sur l'affirmation : « plus de 50 % des personnes que vous soignez sont mineures », le constat est sans appel : cinquante sept collègues déclarent être dans cette configuration, le croisement des données permet de confirmer qu'il s'agit de l'échantillon EN. Celui « hors éducation nationale » (HEN) ne comporte pas d'infirmière puéricultrice, et à priori pas de répondantes travaillant en pédiatrie; même si elles étaient susceptiblement dans l'échantillon. Une nouvelle

analyse de ce Q-Sort avec des infirmières « spécialisées ou tout du moins dont le public est mineur » pourrait s'avérer importante au regard de certains résultats, où nous pourrions confronter non plus l'influence du lieu d'exercice mais celui du public spécifique.

Tableau 7: Taux des soignés mineurs supérieur à 50 %

	Effectifs	Pourcentage valide
Oui	57	59,4
Valide Non	39	40,6
Total	96	100,0
Manquante NR	2	
Total	98	

Les trois des quatre dernières variables concernent plutôt des responsabilités que nous avons qualifiées de « supplémentaires à un exercice infirmier ordinaire » : tuteur dans l'accompagnement d'étudiant, tuteur dans l'accompagnement de nouveaux collègues ou autre activité que nous n'aurions pas nommé et pour lesquelles nous demandions des précisions.

Tableau 8 : Tutorat dans l'accompagnement étudiant

	Effectifs	Pourcentage valide
Oui	32	36,8
Valide Non	55	63,2
Total	87	100,0
Manquante NR	11	
Total	98	

Le tutorat d'étudiant (tableau 8) est une compétence reconnue aux professionnels qui prennent part à l'accompagnement des étudiants infirmiers pendant leur cursus de formation. Parmi les trente six répondantes HEN, vingt ont répondu positivement soit plus de la moitié d'entre elles, et seulement douze sur quarante neuf de l'EN ont accompagné une étudiante, soit moins d'un quart d'entre elles. Là encore il est difficile d'apporter un éclairage objectif. Depuis 2009, les stages sur les lieux d'exercice ont une durée minimale de dix semaines, or les

rythmes scolaires sont globalement scandés de septembre à juin, de six à sept semaines de cours, suivies de deux semaines de vacances, ce qui complique l'organisation des périodes de stages de formation dans les établissements scolaires puisqu'il faut trouver deux lieux de stage dans la période des dix semaines. On peut néanmoins se demander si cette organisation n'est pas au profit des structures hospitalières, les IFSI sont implantés, pour des raisons principalement historiques, à proximité voire dans les hôpitaux, ce qui est facilitant pour l'ensemble des encadrants et des étudiants et influencent peut être le fait que la formation professionnelle dans sa dimension pratique soit plus hospitalo-centrée et par ricochet fructifie la réalisation de soins du « cure », souvent plus techniques, axés sur un dysfonctionnement d'un organe ou d'un système ou d'une pathologie (exemple d'un service de neurologie, avec un « POLE NEURO TETE ET COU », et qui propose dans son organisation trois types de consultations : douleurs chroniques, épilepsie/sommeil, neuro-oncologie et Dégénératif nerfs et muscles ; outre la place et la définition de l'exercice infirmier dans une telle structure, elle interroge la perception que peuvent avoir les soignés reçus quand ils se rendent en plus dans le « bâtiment neurosciences »). A ce propos Saliba.J (1994) a constaté à propos de la spécialisation de plus en plus importante de la médecine : *«il n'y a pratiquement plus de prise en charge globale du malade, celle-ci est fractionnée en fonction d'une classification des organes et des pathologies »*.

Tableau 9 : Tutorat dans l'accompagnement de collègues

		Effectifs	Pourcentage valide
Valide	Oui	30	35,7
	Non	54	64,3
	Total	84	100,0
Manquante	NR	14	
Total		98	

Le tutorat dans l'accompagnement de nouvelles collègues est effectif pour trente collègues sur les quatre vingt quatre interviewées ayant répondu à la question : douze sont à l'éducation nationale. Nous savons qu'à l'éducation nationale les nouvelles collègues sont de deux types :

des contractuelles qui viennent conforter les équipes surtout pour compenser des congés et celles qui ont réussi le concours. Elles bénéficient de l'accompagnement de collègues expérimentées : les premières dans le cadre d'une organisation administrative et une temporalité définie ou les tuteurs sont désignés et faiblement rétribués, les secondes au bon vouloir d'une organisation locale initiée par les conseillers techniques et menés par des collègues qui acceptent cette responsabilité gracieusement.

Nous ne connaissons pas les conditions dans lesquelles s'inscrivent l'accompagnement de nouvelles collègues HEN, mais nous pouvons déduire que l'accompagnement de nouvelles collègues dans de nouvelles fonctions ou dans un nouveau service est une pratique partagée par les infirmières en général, sans pouvoir la qualifier de pratique culturelle professionnelle au regard de la faiblesse de l'échantillon.

Sur les autres responsabilités précisées (tableau 10) par les répondantes, nous pouvons noter que trente deux infirmières de l'éducation nationale : soit soixante pour cent des répondantes, déclarent avoir d'autres responsabilités, soit en tant que « référent » : outil informatique professionnel, outil d'éducation à la santé spécifique par exemple ; soit aussi en tant que formateur : secourisme, projet infirmier, AAPP. Si la formation est une compétence infirmière celles, ci-dessus citées, ont un caractère supplémentaire car ne font pas partie du référentiel de compétences de la formation initiale même dans sa version de 2009. De plus, vingt et une professionnelles cumulent plus de deux responsabilités de formateur « spécialisé », ou de formateur et de tuteur. Nous pouvons interroger la structure de l'échantillon éducation nationale sur une sur représentativité des infirmières développant des responsabilités supplémentaires à un exercice ordinaire, mais à l'examen des quatre groupes un seul était constitué de formateurs ; et il faudrait rapporter le nombre total d'infirmières de l'académie à celui du nombre de professionnelles qui ont eu au moins une activité de type « supplémentaire », dans les dix dernières années par exemple, afin d'avoir une idée sur la récurrence et la proportion que représente ce constat. Sur la typologie des « spécialités », nous pouvons remarquer la formation au secourisme, qui historiquement dans notre académie était une compétence que les infirmières s'étaient appropriées (plus d'un tiers sont formatrices « prévention et secours civiques ») ; indéniablement il existe un lien avec la santé et la sécurité, mais de façon moins visible un lien avec le « prendre soin, donc le care » vis-à-vis de

celui qui fait un malaise, qui est mal à l'aise. D'autre part cette formation est étiquetée de « citoyenne », elle peut intéresser indifféremment les adultes et les élèves et permet aux professionnelles de santé de montrer des aptitudes éducatives aux publics ciblés, notamment aux enseignants. La déclinaison des autres spécialités s'adresse à leurs « paires » et présente une certaine spécificité Lorraine puisque développées depuis 2007. Formateur du projet infirmier ou tout du moins référent pour le décliner dans la mise en œuvre de la démarche clinique spécifique à l'éducation nationale, car les modèles et concepts développés majoritairement par des anglo-saxons l'ont été à partir de situations cliniques de soignés présentant une pathologie ; nous nous sommes donc attachés à en faire une adaptation pour des situations cliniques d'enfants et d'adolescents avec l'objectif que ces soignés a-pathologiques puissent s'adapter à l'école, ou que l'école s'adaptent à eux, donnant tout son sens à l'article 1 des textes réglementant la profession. Formateurs AAPP²⁴ qui ont existé au départ pour que les collègues, seuls professionnels de santé dans les établissements scolaires, bénéficient d'un espace de rencontres professionnelles, et qui ont évolués pour poursuivre un objectif contemporain de travail sur la clinique de l'activité et le développement d'une identité professionnelle. Pour aller plus avant dans des conclusions objectives, nous pourrions tenter d'établir, par une autre recherche, si le cumul d'activité des formateurs est en lien avec la dynamique professionnelle et/ou managériale engagée dans l'académie, ou bien par une nécessité pour se faire reconnaître par les autres professionnels de l'éducation nationale, ou encore une spécificité liée au lieu d'exercice, ou d'autres hypothèses à explorer. Ce travail ci en tout cas, à moins peut être de faire des entretiens de confrontation ne nous permettra pas de le définir.

Pour les infirmières exerçant hors éducation nationale, 50 % d'entre elles déclarent décliner des responsabilités « supplémentaires à un exercice ordinaire ». L'éducation du patient est citée une fois et cible directement le soigné, la notion de formateur ponctuel en institut de formation est abordée trois fois ; par contre la notion de référent est déclinée dans différentes typologies : dialyse péritonéale, hygiène, pharmacie, douleur, pansements, matériel, hémovigilance ; et enfin la participation active pour deux d'entre elles à des instances comme celle de lutte contre

²⁴ AAPP : atelier d'analyse de pratiques professionnelles

les infections nosocomiales ou le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

L'observation de ce que les collègues notent sous le vocable de responsabilités supplémentaires à un exercice ordinaire amène des pistes de réflexion. Certes les réponses ont été influencées par la formulation de la demande ; à la suite de « vous avez d'autres responsabilités » ; il était mentionné entre parenthèse –formateur, référent, consultation...-. Les précisions correspondent à ces trois propositions ou plutôt deux puisque la consultation n'a été choisie qu'une seule fois par une IBODE qui vraisemblablement coordonne les consultations (sans préciser lesquelles mais en lien avec la spécialité exercée). Or nous avons rendu visible dans le chapitre dévolu à la prescription que certaines responsabilités citées ne sont pas « extra ordinaires » et font partie intégrante de l'exercice infirmier : éducation, formation des pairs et formation initiale, toutefois dans le champ de compétence professionnelle propre, ce qui pourrait exclure les formations comme le secourisme ou d'AAPP qui sont hors champ de la formation initiale.

Les informations recueillies sur l'activité de référent sont aussi surprenantes : tous les objets (dans le sens complément d'objet) reliés à la « référence » sont des domaines en lien avec des soins (douleur, hygiène...). Référent est emprunté au latin et signifiait rapporter ; être référent serait donc une personne à qui on rapporte ou qui rapporte ; qui rapporte aux autres ce qu'il a appris en formation ? Ou à qui on rapporte des problèmes que le référent a à résoudre, et effectivement cela devient une responsabilité. Ce terme de référent est souvent utilisé dans les espaces de travail du soin ou de l'éducation : a-t-il toujours le même sens, sur quels critères est-il attribué à une personne, quelle responsabilité cela engendre pour le professionnel ; sont des questions que l'on peut se poser sur ces constats. Est-ce à dire que tout ce qui ne relèverait pas du soin aux soignés serait une responsabilité supplémentaire ou ressenti comme telle par les infirmières ?

**Tableau 10 : Autres responsabilités que tuteur dans l'accompagnement
d'étudiant ou de nouveau collègue**

		Effectifs	Pourcentage valide
Valide	Oui	50	54,3
	Non	42	45,7
	Total	92	100,0
Manquante	NR	6	
Total		98	

Il serait opportun de gratter autour de cette question aussi pour déterminer s'il y a un lien avec un besoin de reconnaissance et peut être dans le registre de la lutte contre la disqualification professionnelle.

Tableau 11 : Participation à des ateliers d'analyse de pratiques professionnelles

		Effectifs	Pourcentage valide
Valide	1	61	63,5
	2	35	36,5
	Total	96	100,0
Manquante	0	2	
Total		98	

La dernière variable externe concerne la participation contemporaine (puisque posée au présent) à des ateliers d'analyse de pratiques professionnelles (tableau 11), elle montre que 63.5 % de notre échantillon en bénéficie. Le croisement des données indique que quarante sept d'entre elles sont des infirmières EN, contre quatorze pour les autres dont la moitié appartiennent au groupe cinq, culture d'un service hospitalier ? Nous avons évoqué la tenue de ces ateliers, plus haut pour les premières d'entre elles.

Pour clore la description de l'échantillon et des réponses aux variables, à la proposition facultative de laisser ces coordonnées dans l'objectif d'opérer un entretien qualitatif relatif au contenu de ce questionnaire ; 53 % l'on fait : 75 % issus de l'EN qui connaissent de facto

l'interviewer. Nous ne ferons pas d'interprétation hasardeuse des 25 % des répondantes hors EN.

En conclusion et pour étayer les résultats du Q-Sort, ces variables même si notre échantillon est insuffisant, nous permettront au fil du cheminement de notre pensée, de procéder à des croisements pour mieux regarder les contours de notre hypothèse et notre question de recherche ?

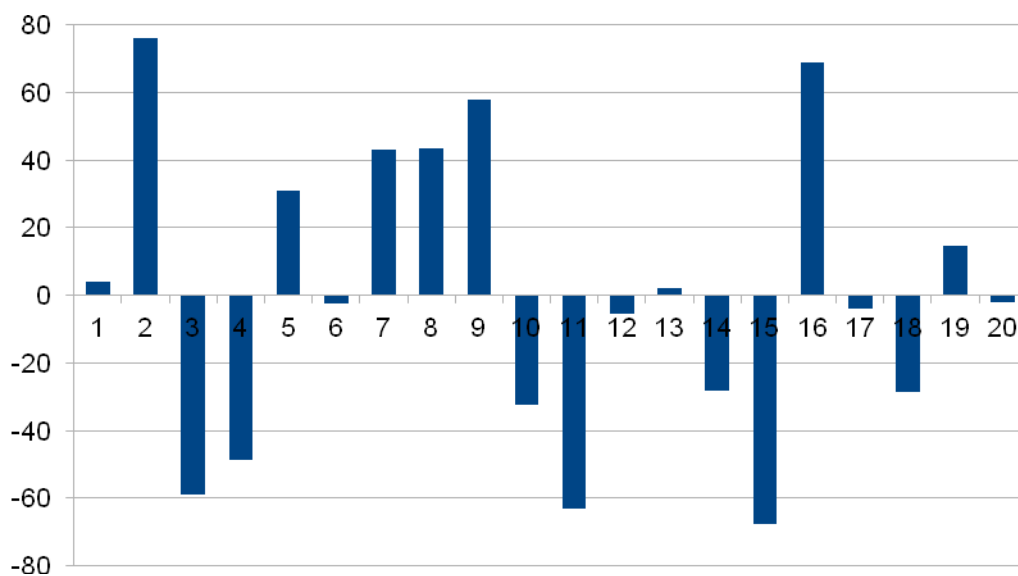
F - Résultat du Q-Sort

Le tableau originel (annexe ?), rempli au fil de l'eau avec beaucoup d'impatience nous a permis assez rapidement de procéder sans aucun étayage scientifique, donc de façon brute, à la confection de tableaux que nous avons qualifié alors de résultats sauvages et qui nous permettait de vérifier comme un contrôle, si la perception pouvait se métamorphoser ou tout au moins se matérialiser en quelque chose qui mériterait que l'apprenti chercheur s'y arrête davantage . Des ardeurs calmées à juste titre par notre guidant, qui nous a toutefois laissé toucher aux joies de la découverte et de la magie d'un outil de recherche original et qui montre tout son potentiel.

Nous avons envisagé dès la construction de l'outil d'esquisser trois profils à partir de notre échantillon : le profil de l'ensemble des infirmières répondantes au Q-Sort puis de laisser voir celui exerçant à l'éducation nationale et hors éducation nationale, pour finalement établir de vraisemblables vraisemblances, ou pas, entre nos deux publics.

F 1 – Portrait des infirmières de notre échantillon

Graphique 1 : Classement par score de l'ensemble de l'échantillon



Le graphique 1 représente l'ensemble des quatre vingt dix huit réponses au Q- Sort rapportées, pour que la représentativité des deux publics soit égale, au plus petit chiffre commun de quarante et un par une règle de trois²⁵. En abscisse les affirmations respectant l'ordre de passation classées de un à vingt, en ordonnée le score négatif ou positif obtenu ; soit le nombre de fois ou l'affirmation a été choisie, multipliée par la valeur qui lui a été affectée (+2), (+1), (0), (-2), (-1), et additionnée entre elles [exemple fictif : $4x(+2)+3x(+1)+10x(0)+0x(-1)+5x(-2)$].

Nous observons immédiatement un ventre mou obtenant de petits scores négatifs ou positifs aux affirmations 1-6-12-13-17-20. Nous pouvons procéder à plusieurs choix de lecture, nous proposons de le regarder comme si ces chiffres avaient été classés en zéro et donc ayant peu d'incidence sur la pratique professionnelle. En se reportant à notre schéma (page 29) nous pourrions avancer que le rôle sur prescription, le fait de travailler en équipe avec des professionnels de santé et d'avoir les mêmes objectifs de soins n'a pas d'incidence remarquable sur la pratique tout comme les éléments de contexte proposé : environnement

²⁵ Pour rappel, l'échantillon valide EN est de 57 et le hors EN de 41 répondantes

adapté et gestes spécifiques. Cette lecture pourrait conforter la dimension « métier » des infirmières : l'adaptabilité des professionnels qui pourraient être un indice d'efficacité de la formation initiale et/ou une caractéristique, un invariant dans le profil des infirmières.

Gardons le même prisme pour regarder maintenant les scores négatifs, et classer ceux-ci comme ne correspondant peu ou pas du tout à la pratique professionnelle, soit les affirmations 3-4-10-11-14-15-18. Assez surprenant pour nous est de constater que la nature technique des soins a été retenue pour ce critère. Par contre le constat est sans appel sur ce qui toucherait à la distance de professionnalité, puisque trois des critères que nous avons classé dans cette notion sont choisis : l'impact des histoires des patients sur la pratique et le fait de se substituer à leur décision, plus gros score négatif, qui implique su conséquemment le moi professionnel, tout comme l'impossibilité de travailler en équipe. Il est donc presque évident à la lecture de ces résultats que l'usure professionnelle n'est pas une préoccupation des professionnelles de cet échantillon et ne les atteint pas.

Nous emploierons bien sûr la même lecture pour observer les résultats positifs et les classerons donc comme correspondant le plus ou assez à la pratique professionnelle exercée. Les affirmations sont les 2-5-7-8-9-16-19. L'exercice du rôle propre surtout dans sa dimension relationnelle emporte largement les suffrages des collègues ainsi que la dimension éducative dans une moindre mesure. Elles travaillent en équipe dans le respect du secret professionnel, ce qui essentiel est possible comme la collaboration avec les proches ; la dimension éthique est aussi centrale.

Ce portrait une fois écrit fait écho à certaines phrases que nous avons écrites dans les parties historique et réglementaire : « *Soyez les auxiliaires intelligentes et dévouées du médecin, – tenez dans la propreté la plus parfaite le malade, son lit et sa chambre, soyez probes, discrètes, décentes, sobres, actives, patientes, douces, bonnes, sans familiarité, – ne sortez jamais de votre rôle, – en temps de guerre ou d'épidémie, que votre patriotisme et la charité vous inspirent le dévouement...* ». Les saintes laïques nous poursuivraient elles ?

Une évolution certaine sur la quasi disparition de l'omniprésence médicale et une vraie place à l'exercice du rôle propre infirmier; une vraie attention sur la dimension éthique et le respect du patient mais point de place à votre moi professionnel ou à votre moi tout court qui pourrait

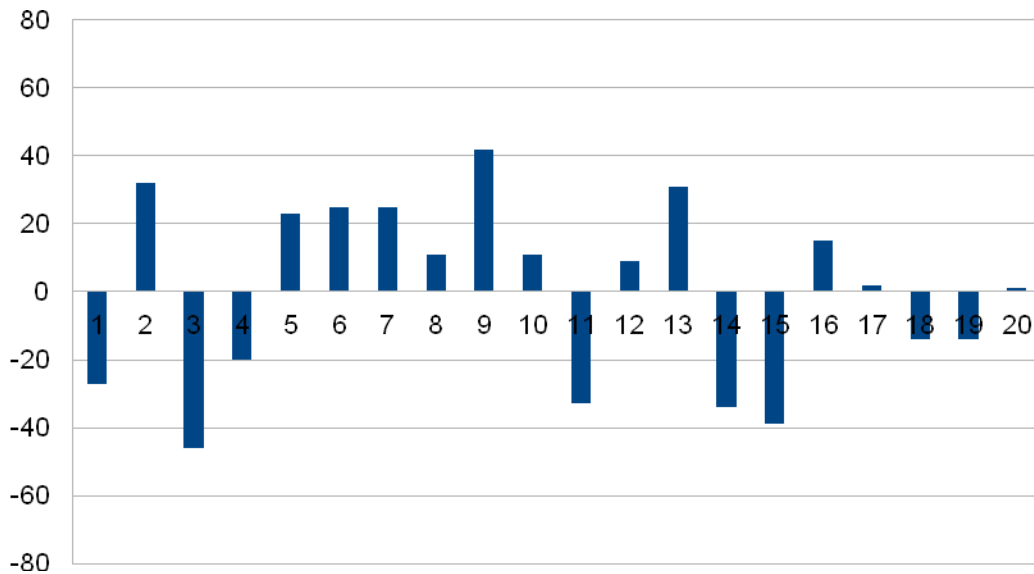
vous jouer des tours dans votre exercice. Nous avons ici une représentation idéale d'un professionnel accompli, qui applique la prescription, et qui a une nature « métis » car adaptable et même adaptée à son contexte puisque travaillant en équipe sans aléas

La description d'une profession alexithymique, adjectif pris ici dans la traduction empruntée au grec : a pour absence, lexis pour mot, thymos pour humeur, affectivité, sentiment, émotion, et non pas au sens de SIFNEOS (1973) qui décrit une pathologie autour de l'impossibilité d'exprimer et de reconnaître ses émotions. JOUANNE (2006) dans un article sur l'alexithymie et les troubles addictifs émet l'hypothèse qu'il pourrait être envisagé comme un véritable processus adaptatif (plutôt qu'affectif): « Chez certains sujets, en effet, l'alexithymie semble correspondre à une caractéristique stable de la personnalité en raison de leur culture d'origine. Dans certaines cultures, en effet, il peut être mal vu d'exprimer ses émotions.... ». Les infirmières, tout exercice confondu, seraient elles dans un processus adaptatif liée à leur culture d'origine induite par l'histoire et colportée dans l'inconscient collectif professionnel au cours de la formation, qui a-t-on besoin de le rappeler est une formation par alternance. Ce qui induit une immersion non négligeable avec des pairs pas toujours formés, pas toujours au fait des prescriptions, mais propice au mimétisme pour les étudiants et qui pourrait contribuer à installer une caractéristique stable, en mesure de contre balancer un éventuel ancrage théorique et réflexif. Si la première des quatre caractéristiques de l'alexithymie d'après PEDINIELLI JL (1992) est l'incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments, une autre est décrite comme la tendance à recourir à l'action pour éviter et résoudre les conflits, n'est ce pas ce qui est demandé à la profession au travers de tâches multiples et multiformes sans leur donner le temps de la concertation et de la réflexion, une sorte de fuite en avant imposée ? Pour finir sur le parallèle avec ce concept de la personnalité alexithymique, elle pourrait être reliée à la description de « l'homme contraint » en opposition à l'homme libéré de Ludwig Klages (1930) : *«La disposition vitale profonde de l'homme libéré est la passion (pathos); celle de l'homme contraint, l'activité. Les pôles de la passion sont l'horreur et la béatitude, ou sous une forme plus faible la joie (sérénité) ou la tristesse (mélancolie); les pôles de l'activité sont le plaisir causé par le succès et l'amertume causée par l'échec; les pôles du sentiment de soi passionné (ou pathétique) sont la fierté et l'humilité; ceux de l'amour propre actif, l'estime de soi et le doute de soi.»* Cette très belle définition

pourrait être contemporaine de ce que nous vivons dans ce début du XXIème siècle, beaucoup d'activités voire de l'hyperactivité qui nous font nous centrer et nous replier sur nous-mêmes dans des sentiments égoïstes et auto-culpabilisants. Les infirmières expriment souvent la passion pour leur métier, c'est aussi peut être un attribut des âmes charitables, mais sont elles libérées. Contraintes par leur histoire et cette double filiation médicale patrilinéaire et religieuse matrilinéaire dépourvue de morgue et de dédain, décrite par Collière, contraintes parce qu'elles sont des femmes et que l'on en a peu vu dans l'histoire se rebeller pour se libérer : des médecins, des représentations..., contraintes car elles font un métier de l'impossible « soigner » et qu'il est difficile de se plaindre sur la douleur et la souffrance de ceux qu'elles prennent en charge ; cela paraît tellement dérisoire. A juste titre Corinne Régulaire (2016) infirmière libérale écrit en introduction de son livre : « *la littérature existante relative à la profession d'infirmier libéral est la plupart consacrée aux aspects techniques, législatifs, juridiques, historiques et administratifs de ce métier. Les portraits de soignants sont rares. L'infirmier libéral comme sujet d'un récit s'efface souvent au profit du patient ou de la maladie.* » Nous pouvons également le constater pour les autres exercices, et cette citation va nous permettre de faire la transition avec le portrait des infirmières de notre corpus exerçant dans d'autres lieux qu'à l'éducation nationale.

F 2 – Portrait d’infirmières qui n’exercent pas à l’éducation nationale

Graphique 2 : Classement par score de l’échantillon hors éducation nationale



Nous utiliserons la même procédure pour commenter ce graphique deux, constitutif du portrait d’infirmières exerçant hors éducation nationale, celles de notre échantillon du Q-Sort. Nous avons déjà évoqué la faiblesse de celui-ci, et c’est donc avec beaucoup de prudence que nous avancerons des hypothèses. Le dessin nous montre une modulation toute autre que le précédent, huit phrases en négatif et douze en positif dont deux proche de zéro.

Pour le ventre mou, si nous voulons respecter une certaine fidélité avec la lecture précédente, deux seules affirmations émergent les 17 et 20 et qui n’ont pas d’incidence sur la pratique, soit l’environnement matériel et professionnel adapté à la pratique, et le fait d’avoir les mêmes objectifs d’accompagnement du soigné que les partenaires de travail. Ces scores sont en corrélation avec le dessin général de l’échantillon.

Pour ce qui correspond peu ou pas à la pratique est représenté par les affirmations 1-3-4-11-14-15-18-19, et obtiennent des scores de moins quatorze à moins quarante six. En terme de lecture nous pouvons presque faire une superposition avec le graphique un : l’impact des histoires des patients sur la pratique et le fait de se substituer à leur décision,

l'impossibilité de travailler en équipe, l'usure professionnelle. Sans surprise également, les infirmières de ce corpus travaillent avec des professionnels de santé majoritairement.

Les différences résident sur les natures techniques et éducatives de l'exercice professionnel avec un différentiel qui ressemble aux attendus déclinés dans la construction du Q-Sort ; le technique devient positif et l'éducatif en négatif. Ce qui est notable est que les scores en valeur absolue sont faibles. Si nous nous y arrêtons seize collègues ont choisi de le trier en positif contre treize en négatif et douze en valeur zéro, une répartition presque parfaite, mais qui fait apparaître une majorité de collègues pour lesquelles la technique n'est pas primordiale, ce qui relativise la primauté du geste technique dans la formation initiale, et signe peut être une banalisation de ces gestes une fois que l'étudiant devient professionnel. Pour la nature éducative de l'exercice cinq ont choisi (+1), une seule (+2), 17 l'ont positionné en zéro et 18 en négatif ; il faudrait aller plus avant par des entretiens pour élucider ce que les infirmières nomment soin éducatif pour déterminer si effectivement elles ne pratiquent pas l'éducation du patient ou une forme d'éducation, où n'en ont pas conscience. On peut toutefois toucher du doigt, et c'est l'intérêt de la dimension qualitative du Q-Sort, que les infirmières malgré la prescription claire ne mettent pas en œuvre la nature éducative des soins, en tout état de cause ne les classe pas comme une pratique majoritairement exercée, puisque exprimé ainsi dans l'affirmation dix neuf. Des questions et des suppositions peuvent être posées, celles souvent exprimées lorsqu'on travaille en milieu hospitalier : le temps, les activités hors du soin qui monopolisent au détriment d'une écoute, d'un prendre soin nécessaire à la mise en œuvre mieux individualisée de soins autres que techniques. SANLAVILLE D., infirmier psychiatrique écrit dans son livre : *« la maladie mentale n'est plus écoutée, elle est « traitée » médicalement, biologiquement. Les nombreuses démarches administratives auxquelles doivent se soumettre les infirmiers obligent également les soignants à délaisser les aspects psychologiques. Il est donc urgent de soigner la psychiatrie en remettant l'humain au centre. »* Nous avons l'occasion d'entendre, lors de chaque épreuve orale du concours infirmier annuel organisé pour le recrutement, par des collègues œuvrant à l'hôpital ou dans des structures accueillant des personnes âgées ou dépendantes et de la psychiatrie, l'expression du peu de temps dont elles disposent pour s'emparer de la dimension « care » du soin, elles disent assez fréquemment (et nous nous engageons à faire une grille de lecture pour les prochaines années

afin d'être précis sur la fréquence) : « J'ai fait le tour de la dimension technique, fort de cette expérience, je souhaite maintenant exercer les dimensions relationnelles et éducatives de la profession ». La dernière différence dans le négatif avec le portrait général, est la conduite d'un suivi infirmier sur une période supérieure à deux semaines, nous avons pressenti cette particularité et elle se confirme, ce qui nous semble plus étonnant est que le groupe sept constitué d'un groupe d'infirmières exerçant dans une association de patients dialysés, l'aient majoritairement classé comme un élément n'ayant pas d'incidence sur la pratique, pour des patients qui présentent des maladies chroniques évoluant sur une longue période et qu'elles côtoient professionnellement parfois plusieurs fois dans une semaine. N'y aurait il pas un suivi pour ces personnes ; dans le maintien de la continuité de la vie, compétence infirmière, pour ces malades qui ont une drôle de vie rythmée par des soins lourds et récurrents ; sont ils toujours d'humeur égale, ont-ils suivi correctement leur régime, ont-ils bien dormi, ont-ils souffert depuis la dernière fois ? Quel impact dans leurs petits bouts de vie ? Encore une fois, nous nous demandons si les collègues ont conscience des actes qu'elles posent et si l'analyse de l'activité ne devrait pas présider à réinterroger des pratiques routinières qui n'ont plus le sens professionnel qu'elles devraient avoir.

Si nous affichons maintenant les affirmations qui ont obtenu des scores positifs, nous notons quelques différences sur une superposition avec le graphique un : 2-5-6-7-8-9-10-12-13-16. Premièrement nous constatons des chiffres qui ne sont pas très élevés en valeur absolue de neuf à quarante deux, montrant une dispersion des réponses sur les trois valeurs possibles. Deuxièmement les choix ne se sont portés aussi ici que sur la dimension de l'exercice professionnel attendu, excluant la dimension en lien avec le moi professionnel. Ce qui mobilise le plus ces infirmières, est le travail en équipe, qui est essentiel et possible en positif en recueillant un score de quarante et un, d'ailleurs si nous mettons en projection le score négatif obtenu par l'affirmation 3 sur la difficulté voire l'impossibilité de le réaliser pour accompagner le soigné, nous arrivons en valeur absolue au résultat de quatre vingt huit. Nous pouvons donc en conclure que le travail en équipe prend une place toute particulière dans ces exercices. Ce qui nous attire notre attention est la mise en perspective avec l'affirmation 20 des mêmes objectifs d'accompagnement avec les partenaires de travail et avec l'affirmation 16 qui expose que le travail est majoritairement relationnel et qui n'obtient qu'un score de quinze

(dix neuf d'entre elles le classent en zéro). Des questions se télescopent sur les incohérences de ces constats. Comment peut-on travailler en équipe sans considérer que l'exercice est de type relationnel ? Les professionnelles considèrent elles que l'on peut le qualifier de relationnel que s'il est en direction des soignés, et sans qu'il soit question de l'inter relation avec les autres personnes impliquées dans la prise en charge et qui fait que cette profession est complexe et est doublement un métier de l'humain : prise en charge du patient et travail avec d'autres personnes en vue d'une efficacité ? Comment peut-on travailler en équipe, et en graduant la question éthique comme importante, sans avoir les mêmes objectifs que les autres professionnels pour la personne soignée ? L'objectif est il de bien s'entendre en équipe, seulement en termes de conditions de travail et sans lien avec les malades ?

Ces interrogations animent les questions du cure et du care. Où est la dimension du care si l'on n'est pas touché par le sujet de la distance de professionnalité : « *les personnes font l'épreuve de la santé, et donc de la maladie, indissociablement dans leur corps et dans leur existence* », comme l'écrit HESBEEN. W (1999) infirmier et docteur en santé publique canadien, à propos du caring.

Les durées d'hospitalisation se raccourcissant, ne cultive-t-on que le domaine du « cure » dans l'objectif de « la sortie du patient » : la chirurgie a fonctionné il n'y a pas d'effet secondaire, ou la fièvre a chuté, donc le traitement médicamenteux est efficace, ou la fracture est réduitelaissant la personne parfois désœuvrée face à son devenir voire son avenir et du comment (les moyens) elle va vivre ou survivre à son retour à la maison ? Or l'infirmière rappelons le, doit par ses soins: « *protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes, ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social* » ?

Une troisième surprise dans ce portrait est le score obtenu par les rôles propre et prescrit. Ils ont tous les deux un score positif (30 + ou - 1), avec une quasi égalité (1 point) et ont été choisis et répartis sur un rythme identique : neuf et dix fois en (+2), quinze fois en (+1) et quatorze ou quinze fois comme n'ayant aucune incidence sur la pratique. Dix infirmières qui ont classés l'affirmation 2 en (+2), ont classé la 13 quatre fois en (+2), trois fois en (+1) qualifiant une pratique alliant les deux rôles comme correspondant à leur pratique. Un tiers

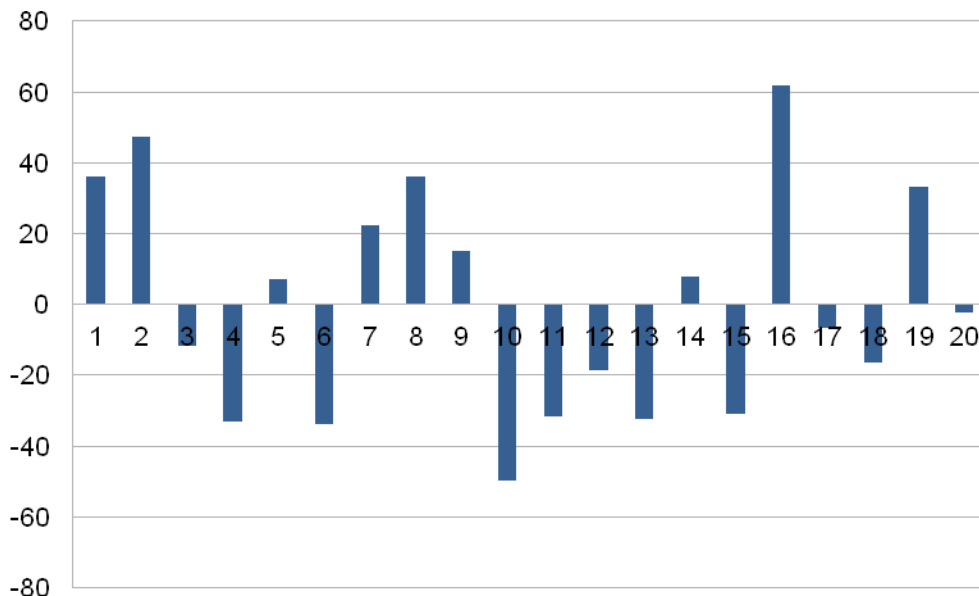
déclare que le rôle propre n'a pas d'incidence sur sa pratique quotidienne, et une le classe en négatif il s'agit de la seule infirmière libérale de notre échantillon. Nous ne pourrions guère tirer de conclusions de ces constats sans aller plus loin oralement avec les intéressées.

Nous pouvons à titre de conclusion de cette esquisse de l'infirmière exerçant dans d'autres lieux qu'à l'éducation nationale, qu'un certains nombres d'attendus se sont révélés approchants, mais d'autres non et mériteraient d'être confrontés avec les interviewés, et d'être proposés à un échantillon plus grand et peut être plus ciblé. Nous pouvons aussi écrire que le rôle sur prescription n'est pas exclusif du rôle propre pour la majorité de cet échantillon, et surtout que le travail en équipe tient une place prépondérante dans les exercices de nos collègues interviewés.

F- 3 Portrait des infirmières exerçant à l'éducation nationale

Nous nous réjouissons de brosse ce portrait qui nous semble plus familier et en tout cas contemporain de l'exercice. Toutefois nous allons veiller à ne pas nous laisser emporter par nos propres représentations qui nous feraient décrire un profil parfait dessiné par notre posture de formateur de formateur et offreur de formation, voire un autoportrait miroir, d'une professionnelle qui se mire dans les yeux de ses collègues qui œuvrent vraiment et qui en restituerait un reflet idéalisé ou idéal.

Graphique 3 : Classement par score de l'échantillon éducation nationale



C'est pourquoi nous emploierons avec rigueur la même méthodologie que pour les deux portraits précédents.

Sur la modulation du dessin, il est plus marqué sur la longueur des bâtons que le précédent, nous constatons neuf phrases dans le positif, et onze dans le négatif ; quatre sont proches du zéro.

Le ventre mou de ce portrait contient les affirmations 5-14-17-20.

Nous retrouvons comme dans les deux portraits précédents, les affirmations 17 et 20, qui concernent l'adaptation de l'environnement matériel et professionnel, et les objectifs de soins. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant. L'affirmation cinq obtient un score proche de zéro : 13 pensent que le secret professionnel est une préoccupation de l'équipe en le classant en (+1), et 19 estiment que cela n'a pas d'incidence sur la pratique sans que l'on puisse en déduire une difficulté ou non sur l'exercice

Nous n'attendions pas que la phrase 14 obtienne un score négatif. Les infirmières dans les établissements scolaires travaillent effectivement minoritairement avec des professionnels de santé, mais avec des professionnels du champ de l'éducation, et les familles ; et il aurait été logique qu'elles la classent comme correspondant à leur pratique. Or la répartition du tri est étonnante, elles expriment pour vingt-huit d'entre elles que cela n'a pas d'incidence sur leur pratique en le classant en zéro, sept en négatif (correspondant peu ou pas à leur pratique) et neuf comme correspondant à leur pratique, laissant entrevoir tout de même une intention de montrer que la présence de professionnel de santé n'a pas de prise sur leur travail.

Pour compléter cette impression, nous pouvons faire un lien avec la phrase six classée en négatif qui permettait d'exprimer le fait de travailler majoritairement avec des professionnels de santé, incluant bien sûr les médecins de l'EN. Ici encore vingt-sept la classent en négatif, mais ce qui paraît plus important est que treize expriment que cela n'a pas d'incidence sur leur pratique ; ce qui additionné au vingt-huit de l'affirmation 14, représentent quasiment l'ensemble de l'échantillon, et semble signer une indépendance et une autonomie des infirmières de l'EN vis-à-vis des professionnels de santé, et donc des médecins. Non pas qu'elles n'en aient pas besoin, lorsque le résultat de l'analyse de la démarche clinique dicte une sollicitation médicale elle est effectuée, mais un grand nombre des interventions infirmières vers les élèves baste à répondre aux besoins de leur public, voire de leurs partenaires ; ce qui montre que l'exercice du rôle propre infirmier est réel et se suffit à lui-même.

Autant les infirmières expriment en AAPP, leur empêchement dans certaines situations de disqualification professionnelle, aucune n'a un lien direct avec un médecin. Pourtant la diminution du nombre de médecin de l'éducation nationale, voire l'absence dans certains

secteurs géographiques entraîne une auto prescription des collègues, en outrepassant leur rôle, par exemple dans la réalisation des Projet d'Accueil Individualisé (PAI) pour les élèves porteurs d'une maladie chronique ; car elles entrent en communication avec les médecins traitants ou spécialistes, activité dévolue au médecin au nom du secret médical et de leur auto-qualification de « médecin du travail de l'élève », dans l'objectif de faciliter la scolarisation en venant en aide aux familles et-ou aux équipes éducatives.

Elles ont aussi classé l'exercice du rôle sur prescription (13) en négatif, ce qui par contre était attendu, indiquant encore leur indépendance professionnelle vis-à-vis des médecins. Les autres numéros classés en moins sont les 3-4-10-11-12-15-18.

La distance de professionnalité est victime de la même discrimination négative par les infirmières de notre échantillon exerçant à l'éducation nationale que pour les deux autres portraits. Pourtant c'est une catégorie émergente de notre recherche exploratoire des fragments de nos AAPP, la distance de professionnalité représentait 10 % des inconforts partagés en ateliers, et quarante-sept d'entre elles y ont participé laissant entrevoir une possibilité forte que cette notion ait été appréhendée lors d'une ou l'autre séance ; tout comme l'insubstituabilité qui certes était moins apparente mais constituait une préoccupation dans l'accompagnement des familles. L'alexithymie touche aussi les infirmières de l'éducation nationale lorsqu'elles doivent choisir et trier vingt énonciations autour de l'exercice infirmier, comme leurs collègues exerçant en d'autres lieux, peu d'expression d'usure professionnelle non plus.

Nous attendions qu'elles énoncent l'a-technicité des soins qu'elles pratiquent (10), faisant fi des savoirs et attitudes nécessaires pour écouter, accompagner par un suivi ou une relation d'aide les élèves et leurs familles. Plus étonnant la non perception de faire des gestes spécifiques liés au contexte d'exercice (12) : gestes que nous avons énuméré plus haut, et notamment l'administration de la contraception d'urgence, les suivis de nature psychologique pour toute sortes de blessures et de souffrances de la vie, l'accompagnement de rébellions d'adolescents malades chroniques sur l'observance des traitements prescrits, la participation active à des instances autour des suivis individuels des élèves nécessitant des compétences toutes particulières pour rester à sa juste place professionnelle, mais suffisamment présente pour scander par exemple que ce n'est pas toujours l'élève qui doit s'adapter à l'école, mais

parfois l'école qui doit s'adapter à lui, Même remarque que pour les autres portraits, les infirmières ont-elles conscience de tout ce qu'elles effectuent ? Il est vrai qu'une des prescriptions dans le texte des missions de l'infirmière de l'éducation nationale est « *d'accueillir tout élève ou étudiant qui le sollicite pour quelque motif que ce soit, y compris d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé ou sa scolarité.* » Nous serions curieux de connaître les exclusions à ce principe, qui ouvre des perspectives d'auto prescription in finies.

Nous finirons cette partie de l'esquisse en négatif, par le classement en « moins » du travail en équipe difficile, voire impossible ; tout comme l'autre affirmation, la 9 sur le même thème, a été classée en « plus » mais de façon plus discrète que le portrait précédent puisque le total cumulé est de 27 (contre 88 pour les hospitalières), d'ailleurs trente-sept d'entre elles classent les affirmations sur le travail en équipe comme n'ayant pas d'incidence remarquable sur leur pratique. Ce constat peut laisser supposer que principalement elles effectuent un travail individuel, voire confidentiel, avec les élèves qui ne nécessitent finalement pas toujours un investissement de l'équipe. Il s'agit d'une dimension que les infirmières doivent mesurer, définissant un empan modulable de mobilisation d'autres personnes dans la problématique qui n'a pas toujours un lien avec la scolarité, mais sans doute avec la santé au sens de l'OMS²⁶

Terminons cette image de l'infirmière exerçant à l'éducation nationale par ce qui a été classé en positif, le 1-2-7-8-9-19.

Nous ne reviendrons pas sur le travail en équipe (9), que nous avons traité plus haut. La dimension éthique est une préoccupation comme le secret professionnel mais sans excès et moins prédominant que pour les « autres » infirmières. La collaboration avec les proches correspond à leur pratique, ce qui est presque évident puisque son public est en grande majorité mineur.

Mais le plus marquant, car seulement vu dans ce portrait et dans de telles proportions, le poids que les infirmières EN ont donné à ce qui correspondrait le plus à leur pratique : c'est l'exercice du rôle propre de nature éducative pour une grande part, et surtout relationnelle : le plus gros score du portrait. L'exercice de la profession permet aussi de mettre en œuvre un

²⁶ Organisation mondiale de la Santé réécrire la définition

suivi infirmier sur une durée supérieure à deux semaines, voire plusieurs années, cet item a aussi été abondamment choisi.

Elles décrivent donc un exercice centré sur la déclinaison du rôle propre en pointant des qualités éducatives et relationnelles imparables et sans ambiguïtés, la dimension du « care », du prendre soin devient la partie émergée de cet iceberg. Une recherche permettrait sans doute de le prouver. Nous pouvons aussi au travers des constats percevoir une forme d'autonomie, d'indépendance professionnelle quasiment indéniable vis-à-vis des médecins et mêmes des équipes éducatives, mettant en relief un accompagnement des élèves individualisé et duel, qui caractériserait une pratique à l'éducation nationale, et élucidant la profession comme métis et métisse. Intelligence rusée parce que les infirmières réalisent des soins adaptés à la population qu'elle accompagne, des enfants et adolescents a-pathologiques pour la majorité d'entre eux, en utilisant la prescription professionnelle dans un contexte moins conventionnel : l'école ; métisse parce que l'union de la prescription santé publique avec celle de l'éducation nationale, a un sens un peu différent de la conclusion d'alors ; isolant davantage chaque notion pour pouvoir mieux les observer : les soins adaptés à la population qu'elle accompagne

Nous donnons donc à la définition de l'exercice infirmier qui serait « métis et métisse », issue de la recherche exploratoire sur les fragments d'AAPP (2015), un sens un peu différent de la conclusion d'alors ; isolant davantage chaque notion pour pouvoir mieux les observer, et que nous expliciterons dans notre conclusion.

G - Connivences et dissonances

Le centre national de ressources textuelles et lexicales nous propose les définitions suivantes :

-pour connivence : convergence dans les intentions et/ou dans l'action

-pour dissonance, nous choisissons, subjectivité assumée, une définition prise au figuré :

« *Désaccord existant entre deux ou plusieurs personnes, dû aux divergences de caractère, de point de vue, etc.* »

Nous souhaitons bien sûr montrer que nos deux échantillons sont pareils et différents, mais pas opposés. C'est pourquoi nous préférons le mot de dissonance plutôt que dissemblance, car la référence à une notion musicale montre que nous jouons la même partition, celle du soin,

mais pas dans les mêmes conditions et pas avec le même chef d'orchestre ; omniprésent ou déléguant (pas forcément par choix), laissant une certaine autonomie à un jeu plus ou moins collectif.

Nous allons tenter de vous le montrer.

G 1 - Données croisées dans le fichier SPSS

Nous nous sommes beaucoup attachés, pour définir ces portraits, à un des deux tableaux, décrit plus haut, qui devaient contribuer à l'analyse. Nous allons pour alimenter ce chapitre décrire quelques tendances montrées par l'analyse SPSS du second fichier, qui nous a permis par ailleurs de dévoiler les fréquences de notre échantillon. Nous avons croisé les données de nos deux publics infirmiers : exerçant à l'EN (infen), et n'exerçant pas à l'EN (inhorsen). La taille de notre échantillon ne nous permettra de ne donner qu'une tendance car le tableau présente trop de cases à faibles effectifs, ce qui empêche de tenir compte objectivement des seuils de significativité. Toutefois il est à noter que pour les affirmations classées sur les valeurs extrêmes, soient (+2), (+1), (-1) et (-2), les seuils donnent une différence significative entre infen et inhorsen. Par contre les seuils ne sont plus significatifs sur les classements en valeur (0). Ce qui indiquerait que les publics se distinguent dans leurs choix dans les extrêmes, mais ne se différencient pas ou peu sur les choix intermédiaires²⁷. Ce constat permettrait peut être de dire que nous pansons à la fois pareil et différemment, puisque nous partageons des avis communs sur ce qui a, ou pas, une incidence remarquable sur notre pratique, et qui présente une certaine logique pour des professionnels qui bénéficient de la même formation initiale. Nous pourrions émettre une nuance sur la « même » formation initiale avec l'amplitude des âges de notre échantillon (de 23 à 64 ans), puisque certaines ont déjà profité des changements profonds et de fonds du programme de 2009, même si la déclinaison des référentiels de formation sont très contexte-dépendants puisque interprétée par chaque équipe pédagogique d'IFSI. Le croisement des publics et des âges, qui a été réalisé, mériterait d'être regardé plus avant pour éventuellement trouver des liens que nous n'avons pas été en mesure de lire seul. Toutefois ce constat existant pourrait conforter notre hypothèse.

²⁷ Constats éclairés le 4 août 2016- par Jean-Christophe Vilatte enseignant dans ce master

G 2 - Ce qui nous rapproche: les connivences

La deuxième lecture pour monter que, peut être, nous pansons pareil est de regarder ce que nos publics ont classé de la même façon, c'est-à-dire en positif ou en négatif, et qui constituerait peut être un socle partagé des représentations de la profession. Il s'agit des affirmations 2-3-4-5-7-8-9-11-15-16-18, soit onze sur vingt, avec des scores différents, parfois même très différents suivant les publics. Celles qui correspondent à leur pratique sont les phrases 2-5-7-8-9-16, soit l'exercice du rôle propre appréhendé surtout dans sa dimension relationnelle avec à la fois le « souci de faire » en cohérence avec une éthique individuelle, la gestion du secret professionnel en collectif et la collaboration avec les proches, mené dans un travail d'équipe qui leur semble essentiel : une vraie signature dans le care et des soins réalisés avec un grand respect du patient, et dans la globalité de celui-ci.

Celles qui ne correspondent peu ou pas à leur pratique sont les phrases 3-4-11-15-18, nous l'avons déjà noté l'expression d'une alexithymie, par les professionnelles et aussi l'affichage d'une conduite irréprochable dans l'accompagnement des soignés que nous ne savons pas interpréter ; sinon à penser des soignés pris comme objet et non comme sujet, ce qui serait contradictoire avec le classement en positif énoncé sur le respect des patients décrit plus haut.

G 3 - Ce qui nous différencie : les dissonances

Il s'agit ici de mieux pointer ce que les collègues exerçant dans des lieux différents ne partagent pas. Peut être ce qui les différencie dans l'exercice de la profession. Il y a donc neuf phrases qui n'ont pas recueilli le même classement de nos deux échantillons.

Comme il faut choisir un prisme de lecture, nous prenons le parti pris de regarder pour chacun des publics, ce qu'ils ont classé comme correspondant à leur pratique, l'autre ayant choisi, par opposition, de le trier comme ne correspondant pas, le même score en valeur absolue. Nous écarterons sciemment la proposition 20 qui obtient un score total de +1 par les infhorsen et de -1 par les infen, donc très proche de zéro qui signe une presque ressemblance de triage, et aurait pu être insérée dans le paragraphe précédent. Ce qu'elles partagent, est que le fait de ne pas avoir les mêmes objectifs d'accompagnement du soigné avec les autres professionnels, n'a

pas d'incidence sur l'exercice. Ce qui nous interroge est l'influence de ce constat sur le soigné, l'impact sur le sens des interventions pour lui, d'autant plus s'il est extérieur à la décision des intentions. Pourrait se reposer alors la question de l'insubstituabilité ? Ou bien est-ce le signe qu'il n'y a pas d'objectifs posés par l'équipe et questionne également le sens pour le soigné ? Il reste donc les propositions 6- 10-12-13 et 17 classées en positif par les infirmières. Elles soulignent, par leurs choix, un exercice sur prescription médicale, la nature technique de celui-ci, et l'importance du travail en équipe. Dans une moindre mesure et proche de zéro l'environnement et le matériel professionnel adapté à la pratique (17), que les infirmières ont aussi classé proche du zéro, mais qui montre nonobstant une différence avec leurs collègues sur leur environnement professionnel.

Nous pouvons aussi reconnaître des caractéristiques du soin dans sa dimension du « cure », dans l'expression de ces choix qui conforte notre hypothèse, pour les infirmières n'exerçant pas à l'éducation nationale. Enfin, elles classent le lien entre contexte professionnel et gestes spécifiques en légèrement positif. Si nous croisons cette donnée avec les numéros des groupes, il est logique de constater que sept infirmières du groupe sept l'ont choisi (pour rappel il s'agit d'infirmières exerçant dans une association de patients dialysés). Trois du groupe huit et deux du groupe six ont aussi classés cette phrase en positif, le croisement avec les spécialités nous indique les urgences pour deux d'entre elles, une IBODE et deux hospitalières. La tendance, même avec un nombre faible, montre que les professionnelles qui œuvrent en service de haute technicité ou dans un service qui traite l'inattendu ont conscience, et à bon escient d'effectuer des gestes spécifiques, contrairement au reste de l'échantillon qui n'indique pas de spécificité. Il est cependant étonnant de ne pas y retrouver les deux IADE, qui probablement comme les infirmières et d'autres ont intégré les gestes comme habituels et routiniers. Les phrases triées en positif par les infirmières de l'EN et inversement en négatif par le reste de l'échantillon, portent les numéros 1-14 et 19. Il nous semble que les traits de la métisse se dessinent au travers de ces choix par les infirmières. Elles travaillent avec des partenaires qui sont minoritairement des professionnels de santé, elles soulignent visiblement la nature éducative des soins qu'elles prodiguent et la possible continuité de ceux-ci si les soignés en sont d'accord ou le sollicitent.

G 4 - Les influences des unes et des autres sur le profil général

Avant de conclure, nous nous essaierons à une dernière lecture comparative entre nos deux échantillons. Il s'agit d'observer si les réponses d'une catégorie (EN ou hors EN) influencent le score positif ou négatif du graphique un (tableau 12) . Ainsi on peut observer que le score des affirmations 11, 15 et 18 est le résultat d'une répartition des choix effectués proche des 50-50 par les deux échantillons, désavouant la part de son « moi professionnel » dans l'exercice de la profession.

Tableau 12 : Proportion de l'influence de l'un ou l'autre groupe dans la physionomie générale du graphique 1*, et en lien avec le schéma organisationnel du Q- Sort (page 29)

	4	8	15	18	11	2	13	1	10	16	19	3	9	20	6	14	5	7	12	17
	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-
EN	2/3	3/4	50	50	50	2/3			2/3	3/4		1/3	1/3				1/3	40		
HEN	1/3	1/4	50	50	50	1/3			1/3	1/4		2/3	2/3				2/3	60		

* les cases bleues signent une prépondérance du score d'un groupe sur le résultat final du graphique 1

Nous constatons alors que les infirmières qui n'exercent pas à l'éducation nationale influencent le résultat faiblement positif de la phrase 13 en lien avec le rôle sur prescription, et en négatif que les partenaires sont minoritairement des professionnels de santé (14).

Par contre les infirmières exerçant à l'éducation nationale influencent le résultat faiblement positif du 1, et faiblement négatif des 6, 12, 17 et 20.

Les phrases 17 et 20 restent, quelque soient les comparaisons ou non, sans incidence remarquable sur l'exercice. Nous pouvons, pour ces phrases, faire un parallèle avec la théorie avancée par Jean Watson, infirmière américaine, qui établit une différence entre l'accessoire et l'essence des soins infirmiers comme suit : « *L'accessoire comprend le milieu où les soins sont prodigués, les procédés, les techniques, les préoccupations et les terminologies particulières à l'orientation de chaque spécialité clinique qui sont reconnues par la profession et qui nécessitent des connaissances et des compétences particulières à son champ d'action spécifique. L'essence se rapporte à la démarche véritable infirmière-client qui produit des résultats thérapeutiques chez ce dernier.* »

Notre constat, ou tout du moins la tendance émise, serait que l'ensemble de notre échantillon se décrit comme adaptable à son milieu parce que c'est la partie congrue du métier, celle qui est enseignée dans les IFSI et prolongée dans les moments de stage. C'est ce qui touche la praxie, la compréhension des soins à effectuer en fonction du service ou des pathologies, l'appropriation de techniques... donc ce qui concerne les moyens et que chacune des infirmières met en œuvre efficacement et en peu de temps vraisemblablement grâce à l'apport de la formation initiale.

La phrase 20 illustrerait possiblement l'essence des soins : un accompagnement du soigné concerté avec les partenaires de travail et le soigné lui-même pour produire une efficacité dans la protection, le maintien, la restauration de sa santé physique et mentale et préserver son autonomie ; nous avons vu que l'ensemble de notre échantillon classe cet item comme n'ayant pas d'incidence sur l'exercice. Comment est évaluée l'efficacité des soins infirmiers, est une question que nous nous posons ? A l'hôpital le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un outil majeur de description de l'activité des établissements de santé qui draine des données administratives, des données médicales dont le diagnostic mais point de soins infirmiers. A l'éducation nationale, un outil informatique existe mais il ne rend pas du tout compte de l'activité des soins infirmiers, il comptabilise le nombre de sollicitations de l'infirmière par un élève quelque soit ce qui a été effectué, mais un élève peut être vu plusieurs fois notamment dans le cadre d'un suivi infirmier, sans qu'on puisse le savoir ; et pourtant les infirmières classent le suivi infirmier comme important dans leur exercice. Pourquoi les prescripteurs des textes réglementaires ne s'intéressent pas à l'évaluation des soins infirmiers ? Pourquoi les infirmières ne se penchent pas sur ce sujet capital qui signerait sans doute l'émergence de l'identité professionnelle et permettrait de travailler sur l'amélioration de l'exercice de la profession ? Pourquoi les infirmières ne se prennent pas en main alors qu'elles sont les plus nombreuses représentantes des professions paramédicales et médicales ? Héritage de l'histoire ? Héritage de la formation ?

Nous pouvons souligner en observant le tableau 12 que les scores réalisés par les réponses des infen influent davantage la physionomie du graphique 1 pour dix item supérieur à 50%, contre cinq pour les autres. Les influences des réponses des unes sur les autres seraient elles caractéristiques des metis et métisse sur le profil général ?

Conclusion

Le sujet de cet écrit est l'exercice professionnel infirmier et la question originelle nous sert de titre : « Infirmières exerçant à l'éducation nationale ou ailleurs : pansons nous différemment ». Cette réflexion est le fruit d'un cheminement et de plusieurs constats issus à la fois de l'observation, de l'expérimentation et de l'expérience avant et pendant l'exercice à l'éducation nationale (EN).

D'abord l'observation, en tant que professionnelle exerçant dans des établissements scolaires, de représentations qui sont véhiculées par les personnels, comme celles qui arguent que nous ne sommes pas de vraies infirmières ou pas assez performantes pour travailler à l'hôpital.

Puis en tant que « paire professionnelle », dans l'activité de tuteur d'étudiants, et notamment dans les rapports avec les formateurs d'IFSI qui souhaitent cantonner notre accompagnement dans des actions collectives d'éducation à la santé auprès des élèves, sur des thématiques choisies par eux et sans qu'il y ait aucun lien avec les besoins des élèves; ou encore nous demandant de contribuer à la définition d'objectifs spécifiques du référentiel de compétences mais pour certains chapitres seulement. Observations qui laissent à penser que devons nous justifier professionnellement.

Enfin en tant que membre du jury du concours de recrutement des infirmières de l'éducation nationale depuis plus d'une décennie, nous observons des collègues exerçant ailleurs, et qui se prêtent au difficile tour de force à l'oral de se projeter dans une pratique empreinte de fortes représentations, relayées au sein de la profession ; et qui tentent de répondre aux questions du jury qui évoquent des situations cliniques, des situations de travail, des histoires d'élèves pris en charge mais pas malades, des contextes, ... souvent très éloignés de leur pratique coutumière surtout si elles exercent à l'hôpital ou une structure présentant des similitudes dans son organisation : médecin, auxiliaires médicaux, soignés.

Ces constats sur l'exercice à l'éducation nationale, empreints de représentations multiples, et spécialement par la profession elle-même, nous questionnent et aiguisent notre curiosité sur ce qui nous différencie de celles qui exercent ailleurs. Ils nous interrogent aussi sur la méfiance voire la malveillance des infirmières entre elles lorsqu'elles n'exercent pas dans les mêmes

« lieux », qui nous ferons explorer l'histoire de la profession qui donne à voir des éléments d'éclairage.

Auparavant, ou en parallèle, et au travers de ces mêmes observations citées plus haut, un « *projet infirmier académique* », c'est-à-dire à la dimension de la région Lorraine, s'est construit posant, dans ses objectifs, l'identité professionnelle comme une évidence dans la déclinaison de celui-ci, en instaurant entre autre mais spécifiquement, des ateliers d'analyse de pratiques professionnelles au service des infirmières et animées par des paires formées. Une recherche exploratoire de catégorisation des « fragments » élucidés dans ces ateliers, représentatifs des empêtements et inconforts des collègues dans leur pratique, a inspiré à la fois le cadrage que nous avons donné à l'exercice infirmier pour ce travail de mémoire, et les champs potentiels de comparaison, nous permettant de nous appuyer sur les conclusions de celle-ci qui énonçait que l'exercice infirmier à l'EN était : « *métis*, au sens grec du terme, intelligence rusée ; parce qu'il nécessite une adaptation de l'exercice dans un environnement inhabituel pour la profession et avec des professionnels de l'éducation plutôt que de la santé. *Métisse* car elle utilise principalement le « care » au sens prendre soin plutôt que le « cure » au sens soigner, guérir ». Nous partons donc du postulat que les infirmières sont à la fois semblables et différentes, ce qui entraînera la construction de deux typologies d'infirmières, celles de l'éducation nationale et d'autres exerçant ailleurs.

Semblables parce qu'elles sont les résultats contemporains de la même histoire, identiques car bénéficiant de la même formation initiale en alternance, pareilles parce que régies par une prescription commune réglementée par le code de santé publique. Différentes parce qu'elles exercent dans des lieux dissemblables, éloignées parce que porteuses de représentations différentes, distinctes aussi parce qu'un des prototypes de l'enquête à une double prescription à mettre en œuvre et l'autre pas.

C'est dans cet esprit que nous construisons un outil atypique, le Q-Sort, qui est d'abord un questionnaire permettant d'obtenir des résultats quantitatifs, mais qui présente aussi une dimension qualitative parce que les interviewés ont à classer, trier dans notre recherche, vingt phrases ou items. Notre échantillon final devait être composé d'infirmières de l'éducation nationale, et d'infirmières exerçant à l'hôpital et ayant ou non une spécialisation, et

d'infirmières libérales qui devaient nous permettre de croiser des données afin de dresser des portraits d'infirmières comparables ou non. Finalement nous avons bénéficié d'un échantillon en dessous de nos espérances, donc faible mais qui nous permet cependant d'exprimer des tendances dans les réponses obtenues et analysées, qui mériteraient toutefois d'être conforté.

D'abord si nous obtenons les réponses d'une centaine d'infirmières leurs réponses convergent pour dresser un portrait « idéaliste » d'une pratique en équipe positionnant le soigné, respecté, au centre des préoccupations et des attentions. C'est le cliché d'un portrait qui ne laisse la place à aucune expressivité du soignant ; un « soi niant » les sentiments et émotions que suscitent une relation singulière et unique où l'intimité des soignés est souvent révélée, propres à beaucoup de métiers de l'humain, mais où la mise à nue est souvent prise au sens propre. Ces praticiennes, quelque soit le prototype des échantillons, présentent une alexithymie professionnelle (au sens étymologique grec du terme). Elle n'est vraisemblablement pas liée, ici, au contexte d'exercice. Peut-on l'attribuer à l'influence de la formation initiale en alternance, qui induirait un certain mimétisme dans l'inconscient collectif ? Ou à l'histoire de la profession qui a été tour à tour sous l'emprise d'une certaine puissance tutélaire des religieux et des médecins, ce qui laisserait à penser encore aujourd'hui que les infirmières sont encore un peu des saintes laïques ?

Nous avons pu relever des dissonances et des connivences entre nos échantillons, qui nous permettent de répondre aux questions du « cure et du care ». Ainsi l'exercice du rôle propre est une évidence pour toutes, dans sa définition qui est de maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des soignés dans leur vie quotidienne (où qu'elle se tienne), la dimension du « prendre soin, du care » prend tout son sens pour les infirmières de notre échantillon. La question du « cure » est une évidence à l'hôpital et dans les lieux ayant une organisation qui s'en rapproche. Elle n'en est pas une, ou en tout cas n'a pas d'incidence remarquable sur la pratique à l'éducation nationale qui d'ailleurs affiche une autonomie voire une indépendance vis-à-vis des autres professionnels (de santé ou pas) donc des équipes avec qui elles sont amenées à travailler, alors que le travail en équipe est une représentation très forte pour les autres infirmières. Nous sommes clairement différentes lorsque nous observons les choix effectués dans les classements extrêmes alors que nous nous rejoignons lorsqu'il s'agit de pointer des éléments qui influent moins sur notre pratique.

Nous serions donc peut être semblables et différentes, pratiquant le « cure et le care », mais nous percevons qu'il y a derrière ces deux notions une question de dosage, de posologie qui est complètement dépendant du lieu d'exercice. La « métis » n'appartient pas seulement à l'exercice à l'éducation nationale, les collègues ont clairement exprimé leur adaptabilité au public qu'elles soignent, laissant peu d'importance à l'environnement professionnel et à ses spécificités, qu'elles soient gestuelles ou matérielles. Toutefois nous notons que les infirmières interrogées n'ont pas toujours une conscience éclairée des activités qu'elles produisent et nous aurions un travail de clinique de l'activité à mener : au moins appréhender la qualification des soins dits éducatifs, techniques et relationnels ; qui nous permettrait peut être de répondre à la question du « pansons nous différemment », car ce travail ne permettra pas d'y répondre si nous ne sommes pas en mesure d'avoir une lecture et une définition communes des dits soins énumérés.

Nous donnons donc à la définition issue de la recherche exploratoire de l'exercice infirmier qui serait « métis et métisse » un sens un peu différent de la conclusion d'alors (2015) ; isolant davantage chaque notion pour pouvoir mieux les observer.

D'une part, la « metis », qui envisage l'adaptation de l'exercice dans un environnement inhabituel, avec des professionnels qui ne sont pas du même champ professionnel. Au vu des réponses de nos échantillons nous pouvons dire qu'une des tendances émergentes seraient que les infirmières seraient toutes « métis », car adaptables et peu préoccupées par l'environnement et les contextes de travail. D'autant que celles de l'EN expriment une quasi indifférence sur le travail avec des professionnels de santé.

Notre intention est d'isoler les notions de « care et cure » à la notion de métisse pour en donner une autre définition. Les notions de « prendre soin » et de « soigner au sens curatif » se suffisent à elles-mêmes, et nous pensons qu'elles sont donc affaire de dosage ou de posologie dans la pratique professionnelle. Nous sommes forts de constater que la posologie entre la prééminence du « care et du cure » a tout de même un effet non négligeable sur l'autonomie et l'indépendance professionnelle notamment vis-à-vis des médecins, et elle est à souligner pour l'exercice à l'»éducation nationale, montrant une pratique centrée sur les natures relationnelles et éducatives du rôle infirmier, peu visible hors éducation nationale.

La « métisse » pourrait être redéfinie comme le résultat de l'union d'une double prescription, santé publique et éducation nationale, ce qui est représentatif de l'exercice à l'éducation nationale, qui ne simplifie pas la pratique pour les professionnelles, mais qui donnerait naissance à une pratique potentialisée, accentuée (PARAGOT 2012)²⁸. Accentuée peut être parce que sans cesse expliciter, voire justifier au sens péjoratif, à des professionnels qui ne sont pas du même « sérail », celui de l'éducation, pour des élèves a-pathologiques qu'ils partagent dans l'accompagnement ; et qui expriment un mal de vivre, un mal vivre, un mal être à l'école en miroir de notre société.

Après avoir brossé trois portraits d'infirmières qui sont peut être chacun celui d'un métier d'infirmière, influencé par le lieu d'exercice ; nous pourrions vraisemblablement par le prisme de ce Q-Sort avec des échantillons suffisamment grands, en faire pour l'ensemble des infirmières que nous avons pensé interroger : soit dans des services spécifiques comme les urgences ou la pédiatrie, soit pour les « exercices à domicile », et au-delà produire une véritable galerie de portraits, pour y trouver des gémellités, des sororités et d'autres surprises peut-être.

Nous n'avons pas répondu à notre curiosité sur la non reconnaissance de son alter ego, des infirmières entre elles. Cette galerie de portraits exposée en différents lieux et itinérantes montrerait peut être que nous ne pansons pas si différemment que ça. Pourrait-elle permettre à la profession de se faire re_ connaître ?

Notre profession a grandi, évolué ; l'histoire nous le montre, au détour d'évènements tragiques les guerres. Les Hommes, à chaque fois ont trouvé des « dames à la lampe », des femmes, des professionnelles qui savent prendre soin d'Eux. Qui « prend soin » d'elles en retour ? Pourquoi l'émancipation est-elle si absente des schémas de pensée des infirmières ? Pourquoi lorsqu'un Ordre, reconnaissance d'une profession par rapport à un métier, est créé à leur attention, intention, il est nié par les professionnelles qui le composent ?

Poids de l'histoire, poids des représentations ; différences et similitudes, méfis et métisse sont des éléments que nous aurons à développer encore en clinique de l'activité pour mieux

²⁸ in Frisch Muriel (2012) Idéki, didactiques et métiers de l'humain. L'Harmattan P189/210

comprendre ce qui se joue, pour professionnaliser les infirmières à l'éducation nationale. Et si nous sommes semblables et différentes, nous aurons quand même à mieux repérer les besoins de nos nouvelles collègues, qui viennent d'ailleurs avec un « déjà là », afin qu'elles puissent « accentuer » leur professionnalité. Car le travail d'accentuation est propre à chaque sujet en fonction de son expérience : déjà là, sensibilité, seuils critiques, et de la perception de ce que le contexte, dont les autres soigné, collègues, adultes, professionnels, les oblige à déconstruire, construire, changer... pour « être ».

Bibliographie

Aïach, P., Fassin, D., & Saliba, J. (1994). Crise, pouvoir et légitimité. *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, 9-42.

Blondeau, D. (1999). *Éthique et soins infirmiers*. PUM.

Brochard, C., & Pinon, E. (2014). *L'extase lucide: Étude de Mémoires d'Hadrien*. Publication Univ Rouen Havre.

Cifali, M. (1999). Métier «impossible»? une boutade inépuisable. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*.

Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la Vie:[de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers]*. InterEditions: Masson

Dejours, C. (2010). *Le facteur humain: «Que sais-je?» n° 2996*. Presses universitaires de France.

Delahaye, J. P. (2015). Grande pauvreté et réussite scolaire. *Le choix de la solidarité pour tous, Rapport à madame la Ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Inspection générale de l'Éducation nationale*.

Douguet, F., & Vilbrod, A. (2007). Le métier d'infirmière libérale. *Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation, Paris, Séli Arslan*.

Frisch, M. (2012) *Idéki, didactiques et métiers de l'humain*. L'Harmattan P 189/210.

Frisch, M. (2013). *Didactiques et métiers de l'humain et de la relation: Nouveaux espaces et dispositifs en question, Nouveaux horizons en formation et en recherche:-Objets de recherche et pratiques" en éclosérie"*. Editions L'Harmattan.

Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin. *Perspective soignante*, 4, 1-20.

Hugon, V. L. (1992). *Des saintes laïques: les infirmières à l'aube de la Troisième République*. Sciences en situation

Jovic, L. « France », Recherche en soins infirmiers 2010/1 (N° 100), p. 48-50. DOI 10.3917/rsi.100.0048

Jouanne, C. (2006). L'alexithymie: entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3), p. 199- 200.

Klages, L. (1930). *Les principes de la caractérologie*. F. Alcan.

Magnon, R. «Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle » Masson, 2001

Magnon R, Lepesqueux M, Dechanoz G, « *Dictionnaire des Soins Infirmiers* », Paris, 1995, Editions Amiec recherche.

Paragot, JM. (2010). L'expérience de soi. En ligne, [https : //wikidocs.univ-lorraine.fr /pages /viewpage. action?](https://wikidocs.univ-lorraine.fr/pages/viewpage.action?)

Paragot, JM (2014), *Parcours d'un responsable de formation-Du métier vers la profession*, Editions L' Harmattan, 2014 ID/Emergences, cheminements et constructions de savoirs

Perrenoud P, *L'autonomie au travail : déviance déloyale, initiative vertueuse ou nouvelle norme ?* Cahiers Pédagogiques, n° 384, mai 2000, pp.14-19.

Régulaire, C. (2016) *Chroniques agitées d'une infirmière libérale*. Editions Marie B

Ricoeur. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil.

Sénotier, D. « Cent ans d'évolution de la profession » dans l'ouvrage collectif *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Lamarre, 1992, p. 40.

Trédé, M. (1992). *Kairos, l'à-propos et l'occasion: le mot et la notion, d'Homère à la fin du IVe siècle avant J.-C* (Vol. 103). Klincksieck.

Tricoire, M., Pommier, J., & Deschamps, J. P. (1998). La santé scolaire en France: évolution et perspectives. *Santé publique*, 10(3), 257-67.

Vlaemynck F : « *Quand les infirmières consultent..* », L'infirmière magazine, n°214, Mars 2006, pages 28 à 32.

Wittorski, R. (2005). La contribution de l'analyse des pratiques à la professionnalisation des enseignants. *Formation, travail et professionnalisation*, 23-49.

Résumé

L'exercice professionnel infirmier est le sujet de ce mémoire. Devrions-nous plutôt dire la forme que nous avons donnée à celui-ci, puisque pour créer notre Q-Sort nous nous sommes servis d'inconforts et d'empêtements partagés par des infirmières de l'éducation nationale dans des ateliers d'analyses de pratiques professionnelles ?

Une catégorisation de ceux-ci, préalable à ce travail, nous permet de questionner des éléments à la fois généraux sur l'exercice des rôles propre et sur prescription et de façon plus spécifique des éléments de posture, de contexte professionnels et de partenariat. L'analyse des résultats de cet outil, soumis à un groupe d'infirmières exerçant à l'éducation nationale et à un groupe exerçant dans d'autres lieux, nous a permis d'esquisser des portraits pour tenter de montrer ce que professionnellement nous avons de semblables et de différents, pour panser, soigner. La « métis » au sens grec du terme, intelligence rusée, semble être une caractéristique commune ; est-ce la seule ? Le résultat de ce travail nous invite, en tout cas, à réfléchir les dispositifs de formation d'accompagnement des infirmières de l'éducation nationale, en formations continue et d'adaptation à l'emploi.

Mots clés : infirmière, « métis », histoire de la profession infirmière, « cure et care », rôles, pratique et identité professionnelle, cadre réglementaire

Abstract

This dissertation tries to cover the professional practice of a nurse. Or rather, the sense that we tried to give to this concept through a Q-Sort, using discomforts and entanglements felt and shared by nurses in workshops of professional practice analysis.

By categorizing those reactions, we are allowed to question elements, both general (on the exercise of proper roles) and more specific (for example, professional posture and partnerships) of professional practice.

This Q-Sort was presented to one groupe of nurses attached to the French Education Nationale, and one group of nurses practicing in hospitals or similar places. Analyzing the results allows us to paint a picture of the profession, of the things all nurses have in common, all the differences. The greek concept of « metis » (cunning intelligence) seems to be a common characteristic ; is it the only one ?

The results of this work invite us, in any case, to reflect on the formation system, the accompaniment of nurses attached to the Education Nationale, on continuous training and employment adaptation.

Keywords : nurse, « metis », history of nursing professional practice, cure and care, roles, professionals practice and identity, reglementation

