



**HAL**  
open science

## Universitarisation des savoirs infirmiers et professionnalisation des acteurs

Elisabeth Noel-Hureaux

► **To cite this version:**

Elisabeth Noel-Hureaux. Universitarisation des savoirs infirmiers et professionnalisation des acteurs. Coopérer, CNAM, Jun 2015, Paris, France. hal-01188454

**HAL Id: hal-01188454**

**<https://hal.science/hal-01188454>**

Submitted on 30 Aug 2015

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

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

## Communication n°467–Atelier 4: Université

### Universitarisation des savoirs infirmiers et professionnalisation des acteurs

*Elisabeth Noël-Hureaux, Université Paris 13 & EXPERICE EA 3971*

**Résumé:** La mise en place du référentiel de formation infirmière de 2009 introduit l'universitarisation des études. De fait l'alternance s'élargit avec l'introduction de ce tiers et devient triangulation entre Instituts de Formation en Soins Infirmiers/ Lieux de soins/Université. Cette communication vise à interroger le dispositif quant aux exigences de coopérer d'autant que ce terme apparaît depuis 2002 (rapport Berland) dans le vocabulaire infirmier. Comment coopérer alors que nous avons repéré des différences de lieux, de temps, de cultures, de rôles, de savoirs, de dynamiques d'apprentissages. Alors que tous ont pour mission de former, et ce depuis 2009, l'université vient questionner le dispositif de la professionnalisation.

**Mots-clés:** Infirmier(ère), universitarisation, professionnalisation, alternance, coopération.

#### A UNIVERSITY-ORIENTATED APPROACH OF KNOWLEDGE& THE PROFESSIONALISATION OF ACTORS

**Summary:** In 2009, it was decided that nurses would have to go through a university training. The introduction of universities in the training process of nurses has given rise to a triangular relationship between Nursing Schools, Care Institutions and those very universities. This paper aims at questioning the new provision in terms of cooperation – a word that has recently appeared in the nursing terminology. How can we cooperate when dealing with different time-lines, different places, different cultures, roles, degrees of knowledge, learning curves? The main goal is to provide adequate training and universities question the professionalisation process.

**Keywords:** : nurse, university-orientated Approach, professionalisation, training process, cooperation.

### De quel coopérer s'agit-il?

Emprunté au latin *operariet cum*, le terme coopérer signifie "agir, travailler conjointement avec quelqu'un en vue de quelque chose, participer, concourir à une œuvre ou à une action commune." (CNRTL, 2012). Pour Isabelle Olry-Louis qui cite (Doron & Parot, 1991, p. 157.) : "Par coopération, on entend d'abord la façon dont les individus rassemblent leurs forces, leur savoir-faire, leurs savoirs pour atteindre une fin". Elle précise que ce terme est associé à celui d'interaction et qu'il s'oppose à la compétition". "La coopération est fondée sur une sorte de contrat tacite ayant pour objet un bénéfice commun et mutuel (un jeu « gagnant-gagnant)." Il stipule que "la coopération présuppose des conditions bien particulières :- convergence sur le bien commun et individuel à atteindre (et qui ne peut l'être individuellement),- accord sur les méthodes pour l'atteindre, - respect des "règles" de fonctionnement, - liberté des contractants, - etc.." (Lepri, 2013).

En psychologie du travail" La coopération : ce sont les liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune. " (Dejours,

1992), à cela Pastré ajoute une autre dimension, celle de réciprocité puisque "la coopération porte une première fois sur la réalisation du service. Mais, puisque les protagonistes du service sont obligés de communiquer pour coopérer, la coopération intervient une deuxième fois : pour communiquer " (2006).

On retrouve en sociologie, la dimension de coopération obligée associée à celle du choix par affinité : "On coopère parce qu'on a un problème à traiter, mais on choisit de coopérer avec telle ou telle personne parce qu'on a envie d'échanger avec elle. Plus encore, les échanges sociaux s'orientent parfois de manière principalement affective et secondairement professionnelle" (Alter, 2010 : 16).

Ainsi pour nous, ce coopérer comprend les contours d'un "travailler ensemble" auquel sont associées des formes de communication tournées vers un objectif commun relevant d'un défi comme d'un construit à définir collectivement en vue d'un projet unique.

Dans cet article nous proposons l'exemple de la formation des infirmières pour définir les contours du coopérer et comprendre en quoi sa forme lexicale interrogative est révélatrice de sens. Coopérer est-il possible dans sa pratique et si oui, comment? Quelles composantes nécessitent sa réalisation?

Les infirmières ont vu leur métier et leur formation évoluer au fil des siècles. Les rapports de 2002 et de 2003 du professeur Berland sur la démographie des professionnels de santé et sur les transferts de compétences initient en France la réflexion sur la notion de coopération entre professionnels de santé, contribuant ainsi à l'évolution des fonctions autour du soin et à l'émergence de nouveaux métiers via la formation.

Par ailleurs, la loi relative à la démocratie sanitaire de 2004 institue l'obligation de coopérer avec les malades, leurs familles et les autres professionnels en raison de la complexité des situations de soins impliquant une approche interdisciplinaire.

Plus récemment la loi Hôpital Patient Santé territoire de 2009a renforcé les principes de complémentarité et de coopérations entre établissements d'une part et d'autre part entre professionnels de santé via le transfert d'actes ou d'activités de soins jusqu'alors réservé aux médecins.

La réforme du diplôme infirmier se situe dans une période de mutation des besoins de santé, des frontières professionnelles et des contextes politiques et économiques d'un point de vue national et plus largement européen avec l'exigence de nouvelles compétences. L'universitarisation en impactant les savoirs et l'identité professionnelle (Noël-Hureau, 2012) de la formation des infirmiers s'inscrit ainsi dans un contexte historique social, professionnel et politique. Les discussions sur l'universitarisation des étudiants infirmiers ou universitarisation du Diplôme d'Etat ont débuté en 2003 et ont abouti le 31 juillet 2009, avec l'arrêté relatif au diplôme d'Etat.

On parle aujourd'hui de processus d'universitarisation car l'université a un rôle à jouer dans la formation des infirmières suite à l'intégration de cette dernière dans le LMD conformément à la mise en place des accords de Bologne (1999) et de Prague (2001). L'université, en tant qu'établissement d'enseignement supérieur a pour objectif la production du savoir par la recherche, sa conservation, sa valorisation et sa transmission. Les enseignants universitaires sont généralement formés dans un cadre disciplinaire spécifique dans lequel ils contribuent au développement de la recherche. Les IFSI quant à eux, sont des Instituts de Formation en Soins Infirmiers, terme qui recouvre la dimension professionnelle opératoire et dont l'objectif est de former à la fonction soignante avec une mobilisation de savoirs infirmiers auxquels se superposent des savoirs communs à d'autres catégories professionnelles : médecins, psychologues, sociologues... et dont l'enseignement vise l'opérationnalité. En France, la "discipline infirmière" n'existe pas en tant que science rendant ainsi la situation complexe pour les formateurs qui ne peuvent s'appuyer sur un savoir élaboré et collecté par la recherche, validé par la communauté universitaire large issue de diverses disciplines complémentaires.

Dans ce contexte, l'universitarisation de la formation des infirmiers sera-t-elle l'opportunité de développer la professionnalisation des futurs infirmiers par la rencontre d'un savoir élaboré et validé par la recherche, l'appropriation de savoirs d'action et la construction d'un champ disciplinaire propre ? Dans l'actuel partenariat universitaire seul le cadre réglementaire est établi, mais qu'en est-il du contenu de la coopération, de son organisation et de la place des acteurs ? Dans les liens entre université et école professionnelle, il existe des interactions puisque l'une peut se professionnaliser, l'université (Bourdoncle, R., Lessard, C. 2003, Postiaux, 2010, Combes 2011) et l'autre s'universitariser, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (Noël-Hureaux, 2011, 2012). En répondant aux exigences législatives, l'universitarisation a introduit de nouvelles formes de coopération entre les acteurs et les a contraint à modifier la conception de leurs pratiques et échanges professionnels alors même que tout diffère entre les IFSI et l'université hormis l'intérêt de communiquer pour former. Pourtant avant que l'universitarisation ne soit réglementée, existaient déjà des liens et des expériences de formation entre les facultés de médecine et les IFSI et tout particulièrement celle de Bobigny (d'Ivernois, 2008).

Même si nos propos ici ne s'inscrivent pas dans la coopération entre professionnels de santé au vu des réseaux de soins et des parcours patients, nous relevons qu'il y aurait donc depuis les années 2000, un cadre réglementaire posant la coopération comme susceptible de répondre à la complexité des besoins de santé en formant des professionnels compétents. Nous posons donc comme hypothèse que coopérer devient une performance pour l'ensemble des acteurs concernés, celle d'aboutir à une triangulation pédagogique modifiée où la question des stratégies des acteurs s'est trouvée formalisée par la construction d'un dispositif de formation, mais où le contenu des zones/modes de coopération reste à identifier.

Nous prendrons appui sur la littérature issue de la réglementation comme de témoignages pour interroger les écarts du prescrit au réel de la coopération entre IFSI et université et tenter de déterminer si le prescrit peut être un levier pour coopérer dans le cadre de nouvelles organisations du travail.

## **1- Premières coopérations pour une formation infirmière transformée**

Jusqu'en 2009, la formation infirmière est donc une formation professionnelle supérieure non universitaire, conçue autour de l'articulation entre apprentissage des connaissances et expérience de travail. La responsabilité des enseignements, essentiellement dispensés par des professionnels de santé, relève exclusivement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et le financement est de la compétence de l'Etat et des Hôpitaux. Cette formation en alternance, dès 1922, (avec des temps en IFSI et des temps de formation en stage) est organisée autour de modules obligatoires selon les disciplines médicales et de modules transversaux permettant le développement de connaissances contributives tout en répondant aux objectifs fixés par l'alternance intégrative.

Depuis 2009, les principes retenus visent à la mise en place d'un diplôme reconnu dans toute l'Europe par le biais d'un dispositif de formation unique centré sur le développement de dix compétences à acquérir sur trois ans et articulant un parcours universitaire (disciplines relevant du domaine de la santé) avec une trajectoire professionnelle (filière en soins infirmiers).

Deux circulaires de 2009 l'une relative à la délivrance du grade licence et à l'organisation du partenariat Régions/Universités/IFSI et l'autre relative au conventionnement des IFSI avec l'Université et la Région dans le cadre de la mise en œuvre du processus LMD ont proposé les orientations pour la mise en œuvre opérationnelle de cette réforme. Cette convention porte sur la contribution des universités non seulement à la formation des infirmiers mais

aussi au développement des formations universitaires pouvant concerner le champ infirmier. Les Instituts de Formation en Soins Infirmiers dont les missions définies dans l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation sont sous la responsabilité de l'Etat et de la Région. L'Etat, représenté par l'ARS, fixe les conditions d'accès aux formations paramédicales ainsi que le nombre d'étudiants chaque année et détermine les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation. Il délivre les diplômes et contrôle le suivi des programmes comme la qualité de la formation. La région intervient aussi dans la réforme des études des infirmiers par une implication financière et organisationnelle puisqu'elle alloue les moyens et contrôle leur utilisation. Les IFSI, habitués à collaborer pour l'accès à la formation ou l'organisation des études, se voient, par la circulaire du 9 juillet 2009, dans l'obligation de mutualiser leurs pratiques pédagogiques pour constituer un interlocuteur unique dans le partenariat avec l'université.

Ainsi le coopérer s'inscrit dans un cadre réglementaire, politique, économique, professionnel et structurel et décloisonne l'université tout comme les IFSI.

Le dispositif pédagogique est de 2100 heures d'enseignements théorique et 2100 heures de formation clinique en stage est réparti en six modules composés de plusieurs UE sur six semestres. Trois des six modules sont placés sous la responsabilité de l'Université (1. Sciences humaines et droit, 2. Sciences biologiques et médicales, 6. Méthodes de travail et Anglais) et trois sous celle des IFSI (Sciences et techniques infirmières, fondements (dont font partie 3.4 Initiation à la démarche de recherche (S4-S6), 4. Sciences et techniques infirmières, interventions, 5. Intégration des savoirs et optionnelles. Une recommandation ministérielle prévoit une coordination pédagogique de chacun des six domaines d'enseignement en les plaçant sous la responsabilité partagée entre l'université pour les savoirs fondamentaux et l'IFSI pour les savoirs sur le cœur de métier.

Ainsi, le dispositif se structure en unités d'enseignement et non plus en modules, se répartit en semestres et non plus en années, en ECTS (se substituant aux notes), en jurys (Commission d'Attribution des Crédits) avec représentativité universitaire, en instances (Conseil Pédagogique) avec participation universitaire, en enseignements dont la responsabilité (montage, diffusion et évaluation) incombe à l'université comme aux IFSI. Ce sont donc les orientations pédagogiques comme la transmission des savoirs et les partenariats qui se trouvent modifiés.

## **2- Des formes nouvelles du coopérer engendrées par les modalités pratiques**

Historiquement, "À l'UFR de Bobigny a été mis en place, dès 1977, un système de sélection et d'orientation dans le cadre du PCEM 1. [consistant en] quatre filières : filière soins, filière action économique et sociale (AES), filière psychologie, filière sciences de la nature et de la vie (SNV) comportant des enseignements et un concours final commun (médecine/dentaire) mais aussi des enseignements spécifiques conduisant à des DEUG (...). Le DEUG soins, créé pour la circonstance, était superposé aux enseignements des deux premières années du DEI(...) La filière "soins", était une école d'infirmières de type associatif implantée dans l'UFR de Bobigny. Dirigée par des infirmières enseignantes qui avaient le statut de chargées de cours d'Université, elle a diplômé des étudiants jusqu'en 1994." (2008: 11) Le double cursus professionnel et universitaire était validé par un diplôme, certificat ou attestation professionnel(le) et un diplôme universitaire.

A ce jour des exigences européennes comme nationales à coopérer sont externes aux acteurs concernés et impliqués dans les liens de coopération. Quand ceux qui levivent ne sont pas ceux qui l'ont prescrit, il devient difficile d'aborder le coopérer sous l'angle d'un collectif comme entendu en psychologie du travail, même si en l'occurrence la convocation à coopérer correspondait ici au besoin d'une mise en phase liée aux échéances de jurys ou de diplôme.

Même si les conventions de partenariat entre Université et IFSI ont donné un cadre de référence à la coopération, il reste à identifier les composantes de fonctionnement dans ce qu'elles nécessitent et induisent que ce soit en terme de structuration du cadre ou de la part des acteurs.

Pour les IFSI l'injonction à coopérer avec l'université a donné lieu à différents groupes de travail sur l'élaboration du référentiel de formation sachant que le projet ne portait aucune référence au ministère de l'enseignement supérieur et que des dispositions pour appliquer le nouveau programme étaient prises dès la rentrée de Septembre 2009.

A l'Université cela s'est fait par une invitation à une réunion de prise de contact avec les IFSI de l'académie où étaient posées des questions telles que la validation du contenu du référentiel ou le nombre et rôle d'enseignants impliqués et à quel niveau.

Ensuite ont été mis en place des sous-groupes de travail pour recenser avec qui travailler et comment au regard des exigences et des attentes de chacun. En effet pour la majorité des IFSI la rentrée était en septembre, avec des établissements de taille et de statut différents, avec une prise en compte de la proximité ou de l'éloignement d'une faculté et de la préparation plus ou moins avancée de cette rentrée.

L'Université quant à elle devait réfléchir à l'organisation des études, des jurys, la mise en place de la pédagogie et des savoirs fondamentaux relevant de sa responsabilité et les modalités de délivrance du grade licence.

Il a été ensuite indispensable de rencontrer les directrices d'IFSI afin de formaliser la convention sachant que les éléments du dispositif qui étaient prioritaires relevaient de l'organisation des jurys et de l'agrément des intervenants.

Ainsi cette première étape a nécessité une volonté, un effort de chacun pour prendre en compte certaines différences objectives de ces deux univers de formation. Elle a engagé aussi certaines adaptations quant aux représentations de l'étudiant vis-à-vis de son entrée dans la vie professionnelle ou l'organisation de la formation assurant la compatibilité d'un cursus universitaire et d'un cursus de formation professionnelle. Il s'agissait d'établir des relations interpersonnelles fortes pour questionner la production des savoirs infirmiers et leur intégration à une discipline universitaire. Au sein de l'université subsistent des craintes comme celle d'octroyer des diplômes dévalués (grade) ou celle de permettre un accès aux formations universitaires sans un socle minimal de connaissances acquis et maîtrisé. Au sein des IFSI est exprimée la crainte d'être phagocyté par l'université et donc de disparaître.

### **3-De la transformation de la formation à une reconceptualisation du coopérer?**

La convention, commune aux universités et aux IFSI d'Ile-de-France articule les moyens et les dispositions communes que sont la création d'un comité régional de coordination pour assurer l'harmonisation de l'organisation de la formation conduisant au diplôme d'Etat et les formations universitaires dans le champ des soins infirmiers. Pour la mise en œuvre et le suivi de la convention, il a été créé par chaque université coordinatrice une commission de suivi pédagogique qui se réunit une fois par an. Avec la mission d'examiner toutes les questions d'organisation et de contenu en s'assurant de l'équité de traitement entre les IFSI, elle s'appuie sur les réflexions pédagogiques des groupes de travail composés de représentants des universités et des IFSI.

Il a fallu construire un dispositif de réunion interface reprenant les points de coopération pédagogique et administrative entre les IFSI et l'Université à savoir les groupes de travail comprenant un expert de sa discipline, une directrice d'IFSI et des formateurs responsables des UE afin de construire les projets d'enseignement et d'évaluation, la présence des universitaires aux différents jurys, l'inscription des

étudiants, l'offre des Master existants et ouverts aux professionnels de santé, le recrutement des intervenants, les financements et la facturation, sachant que se posait en toile de fond la légitimité de l'université à intervenir dans un dispositif de formation dont elle n'avait à priori pas connaissance. L'organisation et la répartition des enseignements universitaires sont décidées conjointement par les IFSI et l'université coordinatrice. Par ailleurs dans le cadre des enseignements placés sous leur responsabilité, les IFSI sollicitent les universités pour assurer certaines interventions. Les enseignements universitaires sont réalisés par des personnels des universités, soit par des intervenants agréés par l'université coordinatrice qui détermine les modalités d'habilitation des chargés d'enseignement au niveau local de manière concertée avec les IFSI. Cela a conduit les partenaires à définir leurs spécificités et à imaginer comment les articuler afin de répondre au mieux aux attentes des uns et des autres tout en plaçant l'étudiant au centre de ce dispositif.

Au niveau de la région, de l'ARS mais aussi autour des autres partenariats, l'idée était d'être novateur tout en respectant ses valeurs. Concernant les savoirs, une réflexion commune a été nécessaire entre une conception académique et une conception professionnelle de la formation. La constitution de projets pédagogiques d'unités d'enseignement où il y avait rencontre et partage avant validation a permis d'identifier les enjeux de chacun en posant des questions telles que "qu'attendez-vous comme connaissances d'une infirmière dans votre spécialité" ou bien "quelles sont les connaissances incontournables qu'une infirmière doit maîtriser pour travailler dans tel service." "L'idée sous-jacente est qu'il est possible de construire des savoirs spécifiques de l'activité qui soient non pas des savoirs "scientifiques" sur le monde "tel qu'il est", mais des "savoirs professionnels" relatifs aux manières de transformer le monde " (Leplay, 2006).

Le troisième point portait sur le lien formation/recherche en tant qu'objectif fort où les étudiants venaient à l'université pour assister aux cours et où ils rencontraient des étudiants d'autres IFSI ainsi que du personnel de l'Université. La mise en place des enseignements d'initiation à la démarche de recherche s'est construite en partenariat avec les sept IFSI du département. Dès le début, au cours de réunions préparatoires, la volonté commune a été d'enseigner en présentiel ces savoirs académiques à l'Université. Ce lieu chargé d'histoire s'inscrivait pour les équipes pédagogiques dans deux directions que sont la légitimité de ces cours dispensés par un enseignant-chercheur dans son lieu d'exercice et la symbolique de l'obtention du grade licence couplé au Diplôme d'Etat. Il s'agit bien d'une innovation dans le sens d'une adaptation créée pour le contexte particulier d'un enseignement spécifique dans un lieu dédié à l'enseignement supérieur. Ainsi les étudiants comme les formateurs qui le souhaitent et qui sont souvent les référents de cette unité d'enseignement se déplacent à l'université. Le mémoire professionnel crée ainsi des occurrences pour la production de savoirs sur le soin ce qui est un enjeu important pour la santé et pour la société. La mise en place d'une culture de la recherche en tant que démarche scientifique permet de vérifier l'impact sur les besoins de santé.

Si les IFSI ont réussi le grand pari de travailler ensemble, de se découvrir, de partager davantage, de modifier leurs relations, du côté des universités, les échanges sont rares ou s'appuient sur des thématiques ciblées. A ce jour, le poids de l'histoire est encore si prégnant sur les mentalités qu'il ne permet pas toujours le dépassement du corporatisme et les enjeux qu'il sous-tend.

La notion de partenariat correspond à une réalité complexe car elle associe d'autres concepts tels que la "concertation" qui renvoie à un échange d'idées en vue de

s'entendre sur une attitude ou d'avoir une démarche commune, mais également à celui de "collaboration" qui fait référence à la participation à une tâche sans qu'il n'y ait forcément réciprocité ou responsabilité partagée ou encore au mot "coopération" qui traduit le partage des tâches et des responsabilités tout en gardant la singularité de chacun (Mérini, 1999). Ainsi, la mise en œuvre d'un partenariat a des conséquences tant sur les acteurs du partenariat que sur l'objet, les structures, les organisations, les publics associés, le système, les valeurs, la culture de chacun. On observe des transformations dans les relations et les actions en fonction du type de partenariat mis en place et du niveau de changement envisagé jusque dans la façon dont les acteurs vont s'approprier ces changements.

Un premier article intitulé "le référentiel 2009, quels constats" paru dans une revue professionnelle et écrit par une cadre supérieure de santé fait le bilan en matière de partenariat que ce soit avec les terrains de stage ou avec l'université et situe la complexité en matière de planification des cours magistraux avec la disponibilité des amphithéâtres, de contenus des enseignements parfois trop médicaux, de diffusion des cours avec l'utilisation des nouvelles technologies et de modalités d'évaluation principalement par QCM. Pour elle si le bilan est globalement positif, il reste centré sur l'organisation plus que sur la réflexion pédagogique.

Il en est de même dans le témoignage d'un maître de conférences en sociologie, qui explique la mise en place du partenariat demandé par une directrice d'IFSI avec la constitution d'un comité de pilotage afin d'harmoniser le dispositif de formation dans ses méthodes de travail comme dans les enseignements. L'initiative volontariste de l'IFSI est à l'origine de la coopération. Il conclut sur la notion "d'entre-deux" où dans certains cas les directrices d'IFSI ont sollicité les universitaires pour la mise en place du dispositif d'universitarisation et dans d'autres cas l'université avait programmé les enseignements relevant de sa responsabilité sans négociation préalable avec les IFSI. L'appartenance à un réseau semble être le principal élément à l'origine de cette coopération. Cet effet réseau correspond à une situation variée : recrutement d'universitaires pour faire cours dans les IFSI, liens de partenariat déjà existants. Il s'agirait là d'un prolongement « naturel » d'une relation existante. Enfin pour D. Monguillon, ancienne conseillère pédagogique nationale, l'enquête nationale de 2013 sur l'application de la réforme du diplôme d'Etat révèle que le partenariat est en construction et qu'il y a lieu de réaliser des ajustements concernant les types d'enseignements, les modalités d'évaluation, les parcours de stage et l'enseignement dans les structures de soins. Des difficultés sont signalées dans une coopération sur cinq. Ces difficultés sont plutôt d'ordre administratif (lourdeur des démarches et des procédures), mais elles concernent également la pédagogie (accords et correspondances entre programmes), ou sont liées à la multiplicité des interlocuteurs, voire à la difficulté à identifier le bon interlocuteur.

#### **4-De la prescription à l'application : des logiques à réajuster pour coopérer?**

Les textes réglementaires ont le mérite d'avoir créé une impulsion en posant un nouveau cadre de formation pour une finalité professionnelle élargie. Ce qui oblige les formateurs à reconfigurer les modes opératoires avec un défi à relever : "jusqu'où et avec qui peut-on coopérer?"



Sans l'appropriation par les acteurs des modifications réglementaires et institutionnelles, le cadre législatif peut rester une enveloppe vide. Ce qui est reçu comme une injonction à coopérer risque de se heurter aux mentalités comme aux habitudes de travail et se perdre ainsi dans des résistances aux changements.

La nécessité d'un changement de logique la plus identifiable peut être repérée dans le cadrage organisationnel qui prône, en référence au management, la division (plutôt que le partage) des tâches et leur répartition entre opérateurs. Si cette organisation du travail semble répondre aux critères d'interdisciplinarité et de complémentarité, sa dynamique est en fait " vectorisée dans le sens inverse des liens de coopération " en ce qu'elle insiste " sur ce qui divise plutôt que sur ce qui unit ( Dejours, 1992).

Selon ce même auteur, pour définir la notion de collectif de travail, les indications ciblent essentiellement les relations entre fonctions, avec l'évidence qu'elles recouvrent les facteurs humains. Or, coopérer demande à chacun une implication personnelle des participants et des liens fédérateurs entre les partenaires. Par l'engagement et la confiance les acteurs vont réguler certaines modalités d'ajustement pour faire face au décalage entre l'organisation prescrite du travail et le contexte réel de la tâche en s'autorisant une marge d'inventivité et d'initiatives (métis).

De fait la difficulté sera de fédérer autour d'un même projet des coopérateurs porteurs de cultures et pratiques différentes tels les enseignants de l'université et les formateurs des IFSI sur le projet de l'universitarisation des études infirmières. Il s'avère nécessaire de reconceptualiser le coopérer dans sa forme de réciprocité comme dans sa nécessité d'alliances à construire avec des rapports de statuts et de partage de responsabilités équilibrés. Les moyens d'y parvenir se trouvent peut-être dans la notion de reconnaissance (Dejours, 1992) qui, même réduite à une rétribution symbolique, permet de mettre au jour l'utilité et la complémentarité des rôles de chacun. En direction des prescripteurs, elle constitue aussi un moyen de visibilité des avancées et "une position exactement opposée à celle du déni de réalité" (Dejours, 1992) face aux difficultés rencontrées dont les financements ne sont pas des moindres.

La logique des savoirs introduite par l'universitarisation, a modifié les représentations du coopérer, qui dans les lieux de soins s'inscrit principalement dans l'action entre pairs, en le réinvestissant dans une organisation décloisonnée avec les mêmes principes attendus que sont la prise en compte d'un espace de parole et d'écoute dans le respect de chacun. Cette forme d'appropriation rejaillit sur les formateurs motivés pour obtenir un titre universitaire, les étudiants qui découvrent que l'opérationnel se nourrit et se construit dans la recherche de sens et les universitaires qui apprennent une présentation plus illustrée de leurs enseignements.

La dernière logique relèverait de la professionnalisation qui se définit par trois critères: "la spécialisation du savoir, une formation de haut niveau et un idéal de service " (Wittorski, 2008).

Pour Bourdoncle (2007), l'universitarisation se construit autour de savoirs, de structures et de statut sur un mode de reconfiguration du coopérer. Il s'agirait donc de définir le coopérer en prenant en compte un cadre, des notions telles que la réciprocité, certains vecteurs comme la communication, des principes de volontariat, des dispositions de reconnaissance, des constructions d'apprentissage, des logiques de parcours et de statut à formaliser.

Ainsi, ce coopérer n'est ni le collaborer, ni le co-construit, ni le co-muniquer mais peut-être la combinaison de ces différentes modalités relationnelles. Il a comme caractéristique majeure de permettre à chacun de s'approprier son rôle. Il s'inscrit dans cet espace nécessaire à l'ajustement du prescrit autour d'éléments tels que l'initiative, la confiance, la reconnaissance et surtout il bouscule le collectif de travail fondé sur la

division des tâches à accomplir en redimensionnant l'association de la fonction ET de l'humain dans ses rôles.

**Conclusion: L'enjeu d'une alternance triangulée : accepter que chaque lieu ait une entité différente, et soit source de richesse**

En reprenant les définitions du coopérer mises en perspective avec la réforme des études conduisant au diplôme d'infirmier en collation avec le grade licence, nous observons des liens qui se construisent pour mettre en œuvre l'universitarisation de la formation infirmière. Cependant peut-on réellement parler de coopération quand le groupe collabore à des objectifs communs comme la structuration du dispositif de formation alors que la nature des relations plus en moins hiérarchisées perturbent ce possible collectif de travail, malgré un partage de sens commun.

Ainsi la nature même de la coopération reste extrêmement subjective car même dans un environnement réglementaire, les attentes des différents acteurs ne s'inscrivent pas dans les mêmes orientations. Pour l'université, elle n'est qu'un moyen de démontrer la possibilité de donner une dimension professionnelle aux études alors que pour les IFSI il s'agit de permettre la revalorisation du métier en rendant lisible des savoirs infirmiers davantage formalisés car empreints de culture académique. Nourrir cette envie de communiquer permet alors de faire vivre le coopérer.

Repenser la triangulation entre ces différents lieux de savoirs que sont les IFSI, l'Université et les lieux de soins, c'est ne plus cantonner le savoir à une identité institutionnelle unique, en y ajoutant de la richesse dans la façon d'aborder l'apprentissage, d'autant que la finalité du savoir n'a de sens que s'il donne davantage de prise sur le réel. Cette reconfiguration structurelle montre que l'introduction d'un tiers permet de se confronter et de se décentrer d'une pensée "binaire", voire inscrite dans un clivage réducteur, car la finalité de chaque lieu se trouve dans l'autre espace.

Pour autant l'action collective entreprise fait des étudiants les grands gagnants de cette réforme en bénéficiant de cette construction qui leur a permis de mettre en œuvre des capacités d'actions en démystifiant le lieu université pour s'autoriser l'accès à des savoirs académiques. Ils ont ainsi décentré leur formation professionnelle jusqu'alors exclusivement orientée vers l'exercice professionnel immédiat pour s'ouvrir à un projet professionnel construit sur la poursuite d'études en master dans un univers plus large des potentialités de leur profession.

Voilà donc ce que serait le coopérer : l'ouverture vers de nouvelles perspectives, de nouvelles façons d'appréhender la réalité en multipliant les expériences et en mobilisant tous les savoirs autour d'un même objectif.

## **Références des textes et auteurs cités**

- Alter, N., (2010). *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF.
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier .
- Berland, Y., (2002). Rapport de mission, Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Bourdoncle, R. (2007). ). Autour du mot "universitarisation". *Recherche et Formation*, 54, 135-149.
- Bourdoncle, R., Lessard, C., ( 2003). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Les caractéristiques spécifiques : programmes, modalités et méthodes de formation. *Revue Française de Pédagogie*, 142, 131-181.
- Combes, M-F. (2011). La professionnalisation des études universitaires. *Education Permanente*, 188, 25-35.

Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

Décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur.

Dejours, C., (1992). Texte de l'exposé présenté au Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française Lille.

Ivernois, J-F., d', (2008). Enseignements à tirer d'une expérience française : les sciences infirmières à l'UFR de Bobigny, *Recherche en Soins Infirmiers*, 93 : 111-113.

HAS. (2007). Délégation, transfert, nouveaux métiers...conditions des nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé. (Rapport d'étape). Paris.

Jouet, E., Las Vergnas O., Noël-Hureaux, E., (2014), *Nouvelles coopérations réflexives en santé*, Paris, Editions des archives contemporaines.

Leplay, E., (2006). " Coconstruction des savoirs professionnels par la recherche : vers un dispositif expérimental en formation initiale de travailleurs sociaux", *Esprit Critique*,08, (1).

Lepri, J-P., (2013). "Coopérer, un mythe ?", in *Les cahiers pédagogiques*, "Mieux apprendre par la coopération, 505, 14-15.

Mérini, C., (1999). *La formation en partenariat, de la modélisation à une application*. Paris, L'Harmattan.

Monguillon, D., (2013). " Enquête nationale sur l'application de la réforme du diplôme d'État d'infirmier", *La revue de l'infirmière*, 62/191, 16-17.

Noël-Hureaux, E. (2012). En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ? in La Biennale *Transmettre*, Paris 6-9 juin.

Noël-Hureaux, E. (2011). "L'universitarisation de la formation professionnelle infirmière" in Actes du colloque *Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur*, Angers 7-10 juin.

Olry-Louis,I. (2003). " Coopérer et apprendre par le dialogue – enjeux et perspectives ", *L'orientation scolaire et professionnelle*, 32/3, 343-358.

Pastré, P.,Mayen, P., Vergnaud,G., (2006). "La didactique professionnelle", *Revuefrançaise de pédagogie*, 154, 145-198.

Postiaux, N., (2010). Référentiels de compétences à l'université, Usages, rôles et limites, *Recherche et Formation*, 64, 15-30.

Wittorski, R., (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 11-35.