

DIANE GROBER-TRAVIESAS

Institut de Formation en Soins Infirmiers de Quétigny, 2 rue du Golf – 21 800 Quétigny,
diane.grober.traviesas@gmail.com

Doctorante Université Paris 8/ED Pratiques et théories du sens – Laboratoire CIRCEFT – Saint-Denis

TYPE DE SOUMISSION

Analyse de dispositif

RESUME

Dans un contexte de changements profonds et radicaux sur les questions de savoirs, de professions et de partage des responsabilités, entre professions médicales et paramédicales, la question des identités professionnelles cristallise celle, pour les organismes de formation initiale, de leur capacité à proposer de nouveaux modèles de formation permettant aux futurs professionnels de santé de situer leur action dans des collectifs de travail aux frontières mouvantes. La question de l'inter-professionnalité dans les projets de soins, comme signe d'une capacité à coopérer des professionnels de santé pour répondre aux nouveaux besoins en santé des populations, aux poly-pathologies et aux prises en soin complexes, amène à interroger dès la formation initiale les processus de socialisation professionnelle et *in fine*, les identités au travail. Je propose dans cette intervention, en m'appuyant sur une expérience menée en institut de formation sanitaire, de m'intéresser aux questions émergentes autour des « nouveaux métiers » et nouvelles coopérations entre professionnels de santé dans la division sociale du travail à l'hôpital dans les années à venir.

SUMMARY

In the context of profound and radical changes in the organisation of expertise, professions and of shared responsibilities between medical and paramedical professions, appears the question of professional identity for initial training institutes and their capacity in proposing new training models, thus allowing future health professionals to clarify their roles in the changing boundaries of the work context. The question of inter-professionality in care projects as a manifestation of cooperative capacity between health professionals, in answer to the developing needs of society, from poly-pathologies to complex care situations, brings an interrogation in regards to professional socialization and ultimately work related identities. Based on experiences carried out in a health training institute, mine intervention focuses on the emerging issues around “new professions” and evolving cooperation between health professionals in the social division of hospital work in the years to come.

MOTS-CLES

Infirmier, professionnalisation, savoir, identité, coopération

KEY WORDS

Nurse, professionalization, knowledge, identity, cooperation

Introduction

Cette contribution vise à interroger la problématique de la coopération dans le contexte des formations initiales préparant aux métiers du soin. Elle s'inscrit dans une double dimension, celle tout d'abord des savoirs et des compétences à développer dans le cadre de formations réglementées aujourd'hui universitarisées (les infirmiers), et celle ensuite des relations au travail et de la communication au sein de collectifs appelés à coopérer dans un but commun : fournir une qualité des soins optimale et une prise en charge efficace de la maladie.

Les futurs soignants sont aujourd'hui appelés à se professionnaliser dans d'autres repères que leurs aînés. Les transformations profondes qui touchent depuis quelques années le monde de la santé réinterrogent autant les savoirs et les compétences des professionnels médicaux et paramédicaux, que les places attribuées, les statuts, les responsabilités et les zones d'autonomie liées aux nouvelles formes de la division sociale du travail à l'hôpital.

Au quotidien, les situations de soins de plus en plus complexes exigent que ces soignants proposent des projets de soins, permettant un agir pluri-professionnel consensuel et co-réfléchi, fassent preuve d'adaptabilité dans la stratégie globale des soins pour une personne et investissent de nouveaux territoires liés au virage ambulatoire ou à l'émergence des soins dits « premiers » dans les maisons de santé par exemple.

Ainsi selon moi, à travers les reconfigurations de la notion de collectif de travail, fondées sur de nouvelles formes de division sociale du travail, la coopération dans les soins est amenée à devoir se réinventer, pour que les acteurs puissent y situer leur action, leurs responsabilités et leur marge d'autonomie.

Pour cela, le partage d'un langage commun, mais aussi d'outils et d'un modèle de raisonnement clinique qui respecte les identités au travail et les champs de compétence de chaque profession de santé, semble nécessaire.

Dans ce schéma global de transformation des métiers de la santé, les réformes des référentiels de formation visent aujourd'hui des référentiels de compétences, et réinterrogent la fonction et les missions de la formation initiale, lieux de socialisation professionnelle et de construction identitaire. Les enjeux sont prégnants pour les organismes de formation : quelle place accorder

au développement des compétences non académiques (Duru-Bellat,2015)¹ et à l'intersubjectivité dans des formations aux métiers de la relation à autrui appelés à évoluer et à se redéfinir à l'heure des protocoles de coopération², de nouvelles réglementations (Infirmiers de Pratiques Avancées³, intégration à l'université des formations sanitaires et sociales, réforme prochaine des études en santé), de nouveaux référentiels de compétence ? En quoi l'apparition de « nouveaux métiers » dans le champ de la santé pose-t-elle la question pour les organismes de formation de faire développer chez les apprenants des capacités à interagir et à intégrer de nouveaux savoirs parfois très éloignés de ceux de leurs aînés, en particulier pour les infirmiers ? Comment permettre aux futurs professionnels du soin de situer leur rôle, quand Noël-Hureaux fait du coopérer « *la combinaison* » du collaborer, du co-construire et du co-muniquer avec « *comme caractéristique majeure de permettre à chacun de s'approprier son rôle* » (Noël-Hureaux, 2015) ?

¹ « On désigne ainsi des compétences qui se développent d'une part, au travers de l'ensemble des activités de formation (initiale et continue) – en incluant les enseignements disciplinaires mais sans s'y limiter – et d'autre part, du fait des expériences diverses de la vie, professionnelle et personnelle. Elles s'opposent ainsi aux compétences issues des savoirs académiques ou techniques, eux-mêmes inscrits dans des corpus scientifiques et diffusés dans un cadre formel » (Duru-Bellat, 2015, p.13)

² Cet article permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients – Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³ « Art. R. 4301-1.-L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation. « Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin, conformément aux dispositions de l'article L. 4301-1 du présent code. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article ainsi qu'aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8.

« Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux. » Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

Dans le cadre des nouvelles formes de coopération entre professions médicales et paramédicales, liées par des formes de prescription et d'anciennes formes de domination dans les rapports sociaux, l'interconnaissance et des temps de réflexion en commun sur les situations professionnelles, me semblent être une condition essentielle pour que l'interaction puisse ne plus être une relation d'influence mais d'inter-influence, et de partage sur les significations, allant jusqu'au consensus. Ainsi selon moi, si la capacité à coopérer résulte de la construction progressive et permanente de représentations partagées, marquant le passage d'un référentiel individuel à un espace de problèmes partagé, le rapport que chaque groupe professionnel a avec sa propre activité et celle des co-actants, doit pouvoir évoluer.

Cela ne doit cependant pas faire oublier la nécessaire conciliation en parallèle de stratégies d'acteurs distinctes voire parfois, opposées, et la nécessité d'une conscience de soi dans le collectif, en lien avec une construction identitaire pour les étudiants, permettant de poser des repères dans une articulation entre identité pour soi et identité pour autrui dans la division sociale du travail dans le champ de la santé.

Du fait de toutes ces mutations, c'est d'après moi la question du rapport à la coopération des professionnels de santé qui se pose (et à travers elle celle de la (re)connaissance entre professionnels amenés à coopérer) et m'a conduite à proposer des innovations dans le projet de formation de mon institut. En m'appuyant sur l'évaluation du dispositif mis en place en 2011 dans la dernière partie de cette contribution, dont je discute les résultats, j'interroge les enjeux pour les organismes de formations supérieures, liés aux nouvelles formes de division sociale du travail dans le monde de la santé, dans les années à venir.

1. Contexte et constats de départ

Mon expérience de directrice d'institut de formations sanitaires m'a amenée il y a quelques années à proposer à l'équipe pédagogique une innovation cherchant à permettre le décroisement des formations d'infirmier et d'aide-soignant. Mon constat était alors celui de la difficulté des étudiants pour situer leur action dans un collectif de travail, repérer clairement leurs domaines de compétences et de responsabilité, identifier les savoirs partagés et voir en quoi le travail en binôme pouvait apporter une plus-value dans la prise en soins des patients. Je mesurais d'autre part un écart, difficile à analyser pour ces étudiants, entre la méconnaissance des tuteurs infirmiers, du champ d'activités des aides-soignants exerçant sous leur

responsabilité, une pratique quotidienne peu collaborative dans les unités de soins, et les discours des formateurs en institut faisant de la collaboration infirmier- aide-soignant une évidence. Enfin, j'avais observé que l'érosion des anciennes formes d'organisation du travail, héritées de l'histoire, l'extrême complexité de l'organisation de l'offre de soins en France et les enjeux auxquels elle était confrontée, avaient participé à fragiliser les rapports sociaux très hiérarchisés à l'hôpital et les modes relationnels, en particulier entre les médecins et les paramédicaux (Wacheux, Kosremelli Asmar, 2007) et ne permettaient parfois pas aux étudiants de s'y situer en tant que futur professionnel.

Ce projet trouvait également son origine dans une volonté institutionnelle de faire du savoir coopérer une compétence à part entière pour anticiper les questions nouvelles qui allaient se poser aux établissements de formations supérieures dans les années à venir, qui selon moi étaient celles de l'émergence de savoirs professionnels partagés entre médecins et paramédicaux, et à travers eux, une redéfinition du périmètre de responsabilités et d'autonomie de ces professionnels. En lien avec ce point se posait la question des dynamiques de socialisation professionnelle et de professionnalisation des étudiants : comment faire évoluer la formation des infirmiers par exemple en intégrant des savoirs rationalisés et de nouvelles démarches intellectuelles, des données probantes pour répondre à une nouvelle demande sociale, une nouvelle professionnalité liée aux besoins des usagers et aux nouvelles formes de division sociale du travail dans le champ de la santé ?

De ce fait, à l'interface de ces questions, le projet s'appuyait sur une conception du temps de la formation initiale comme espace de socialisation pouvant faire développer de nouveaux *habitus*⁴. Il s'agissait d'appréhender la formation professionnelle comme forme de socialisation secondaire amenant l'apprenant à intégrer un rapport au monde professionnel auquel il se destinait comme un « *monde vécu* », à la fois « *univers symbolique et culturel...* (et)... *un savoir sur le monde* » (Berger, Luckmann, 1966) intégrant des changements liés aux nouvelles formes de coopération et au décloisonnement entre professions médicales, paramédicales et sociales tout en permettant de trouver des repères pour se construire son identité professionnelle.

⁴ Entendus comme des « *systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations* » (Bourdieu, 1980).

1.1. Le dispositif mis en œuvre depuis 2011

Le dispositif initié en 2011, était au départ basé sur 3 grands axes :

-des enseignements communs et des travaux de groupes en inter-filières, regroupant des thématiques transversales (fondamentaux du soin, éthique, législation, relation soigné-soignant) sur lesquelles les apprenants sont amenés à réfléchir ensemble et à débattre. Un projet conséquent appelé « Parcours citoyen » est venu consolider cet axe, organisé autour de tables-rondes sur des sujets d'actualité, qui sont autant de situations professionnelles auxquelles ces soignants seront confrontés (accueil des migrants, regards sur l'obésité, nouvelles formes de parentalité, fin de vie). Ces temps de formation sont organisés dès l'entrée en formation, à un rythme soutenu dans un premier temps puis jalonnent la formation à raison de deux à trois regroupements par trimestre. Ils sont co-animés par des formateurs des filières concernées ;

-des ateliers cliniques en petits groupes (12 étudiants issus des deux filières) portant sur l'analyse de situations professionnelles et la formalisation de projets de soin prenant en compte les savoirs, domaines de compétences et référentiels d'activités des uns et des autres, basée sur l'apprentissage de la même méthode de raisonnement clinique pour acquérir un langage commun, co-animés par des professionnels de terrain infirmiers et aides-soignants. L'objectif est de permettre la prise de conscience de l'importance de visions à la fois partagées et différentes des situations professionnelles, car complémentaires, et de favoriser le positionnement en tant que professionnel engagé au sein d'un collectif pluri-professionnel, par la prise de parole et l'argumentation des décisions de soins, étayée par des savoirs partagés ou pas en fonction des niveaux de formation. La restitution de ces travaux se fait avec l'ensemble des étudiants et des formateurs, et vise à faire prendre conscience aux étudiants à la fois des invariants dans les projets de soins proposés, et de la singularité des contextes de vie des patients. Ces ateliers sont positionnés sur deux temps importants de la formation : le début de la formation⁵ visant les compétences liées aux actes de la vie quotidienne et aux savoirs professionnels en lien avec le travail en structure extrahospitalière puis à échéance de six mois, un second temps visant les compétences liées aux prises en charges complexes de patients poly-pathologiques et aux savoirs professionnels en lien avec le travail en secteur hospitalier et la

⁵ Il s'agit ici de la formation d'aide-soignant organisée sur dix mois de septembre à juillet. Ces temps correspondent aux semestres 1 et 2 de la formation infirmière.

dimension curative. Une journée complète de synthèse des apprentissages dans le cadre de ces ateliers cliniques est ensuite proposée avec un médecin-réanimateur pédiatre pour permettre aux étudiants dans le contexte singulier de la Pédiatrie, de mobiliser et transférer les savoirs acquis précédemment ;

-une dynamique de tutorat et de co-apprentissage, enfin, basée sur la notion d'organisation apprenante et de *knowledge management* : chaque apprenant est considéré comme personne-ressource pouvant participer à la formation de ses pairs. Par exemple, les élèves aides-soignants déjà présents sur le lieu de stage depuis quelques semaines, accueillent et encadrent les étudiants infirmiers lors de leur premier temps d'immersion clinique pour tous les soins de bien-être et de confort comme la toilette. Cet axe requiert l'adhésion des directions des soins des établissements de santé puis des équipes, fruit d'un long travail d'information et d'accompagnement par les équipes enseignantes. Il s'est heurté parfois à la réalité organisationnelle de l'hôpital aujourd'hui, avec une activité très cloisonnée entre professionnels, peu de travail en collaboration. Il a également bousculé notamment chez les cadres de santé responsables des unités de soins, principalement à l'hôpital, le rapport aux professions, et à de nouveaux modèles de formation visant le décroisement, certains d'entre eux refusant l'idée que des aides-soignants puissent apprendre quelque chose à des infirmiers.

Dans une forme de réciprocité, les étudiants infirmiers animent des ateliers d'apprentissage de surveillance des paramètres vitaux en deuxième année. Ces temps de formation ont pour objectif de les amener à s'approprier les référentiels de compétences des aides-soignants pour situer l'action de chacun dans la prise en charge du patient, et à leur faire développer des compétences communicationnelles et de tutorat.

2. Evaluation du dispositif et questions émergentes

La première phase d'évaluation du dispositif était surtout basée sur des critères en lien avec les étudiants (évolution de leur rapport aux autres professions à travers l'intégration des autres professionnels dans les projets de soins proposés, la connaissance des champs de compétences et de responsabilités, les savoirs partagés, la capacité à s'approprier une méthode d'analyse de situation clinique-capacité à transférer en stage dans l'analyse des situations professionnelles et les projets de soins) et le projet en lui-même (pertinence du dispositif dans le contexte

contemporain des formations, faisabilité dans la mise en œuvre -croisement des rythmes d'alternance, charge de travail des formateurs).

Des questionnaires ont été distribués en début de formation, avant les temps de regroupement, puis à six mois d'intervalle aux étudiants pour mettre à jour leur rapport à leur propre future profession et à l'autre profession engagée dans le dispositif, durant trois années consécutives.

Les temps de restitution des travaux menés dans le cadre des ateliers cliniques ont été observés par des formateurs extérieurs au dispositif et moi-même, à l'aide d'une grille qui visait à identifier comment circulait la parole entre étudiants, quels étudiants prenaient la parole pour argumenter les projets de soins et sur quels savoirs ils s'appuyaient pour le faire (savoirs académiques ou savoirs de métier).

Enfin, un temps institutionnel a été consacré à l'évaluation du dispositif dans sa mise en œuvre.

Les premiers résultats de l'évaluation montraient que le rapport des étudiants à l'autre profession évoluaient dans le sens d'une meilleure connaissance du champ de compétences et de responsabilités, et de la prise de conscience de l'importance de chaque groupe professionnel dans le projet de soins. Le rapport à la coopération était sous-tendu par une logique de formalisation des actions de chaque groupe professionnel sans passer par une réflexion commune, les rôles étant clairs entre infirmiers (organiseurs, concepteurs) et aides-soignants, plus dans l'exécution et le « faire ». Ce rapport semblait d'une part très influencé par leurs observations en stage plus que par ce qui était valorisé en formation, et d'autre part lié à un besoin de pouvoir se référer aux normes et règles de son milieu professionnel d'appartenance (même s'il est en mutation aujourd'hui) pour construire avec sécurité et pertinence sa propre façon de s'y prendre, et proposer des interventions dans le projet de soin, en lien avec son domaine de compétence, sa zone d'autonomie et son statut.

L'analyse des temps de restitution en grand groupe a montré que la prise de parole était plus facile pour les élèves aides-soignants que pour les étudiants infirmiers de première année, et qu'ils avaient à quelques semaines de leur entrée dans la vie professionnelle, acquis une posture professionnelle certaine et une capacité à argumenter les actions professionnelles proposées en s'appuyant surtout sur des savoirs de métier et des valeurs professionnelles. Cependant il est apparu dans cette première phase évaluative que les choix faits d'enseigner l'intégralité de la méthode de raisonnement clinique aux deux formations en même temps, mettait les élèves aides-soignants en difficulté et que les attendus des formateurs, identiques, étaient inadaptés car cela exigeait de ces futurs aides-soignants de solides capacités d'analyse des situations

professionnelles et l'étayage par des savoirs académiques qu'ils n'avaient pas. Nous avons de ce fait réajusté en organisant ces enseignements en deux temps, en commun pour le démarrage et en séparant les promotions par la suite, après avoir en équipe identifié des attendus de raisonnement clinique de « bas niveau » et de « haut niveau », à l'instar des travaux de Psiuk (2012).

L'évaluation du dispositif dans la mise en œuvre enfin, a mis en évidence sa lourdeur, tant en temps de travail des formateurs pour la coordination et l'organisation, l'animation des ateliers cliniques, qu'en nombre de salles.

Mais cette première évaluation m'a surtout amenée à intégrer un quatrième axe en lien avec le rapport à la coopération des formateurs, dont j'ai mesuré la prégnance de la dimension identitaire, comme frein au déploiement du dispositif, et à identifier de nouveaux critères d'évaluation (capacité à collaborer entre eux et à intégrer les exigences des référentiels des autres formations et donc des autres métiers) en lien avec mes constats.

Je n'avais pas mesuré en effet, à quel point la mise en œuvre d'un tel projet allait les bousculer et les mettre en difficulté. Installés dans une organisation par filière de formation initiale très cloisonnée, il m'a fallu beaucoup de temps pour les amener à faire évoluer leurs pratiques et le regard qu'ils pouvaient poser sur la coopération, et leurs collègues formateurs d'autres filières. Car en fait, l'institut de formation n'était que le miroir d'une organisation hospitalière avec son système hiérarchique, ses rapports de pouvoir, ses cloisonnements et ses conflits. J'ai mesuré à quel point ce projet demandait de prendre en compte le rapport à la coopération des formateurs et des soignants de terrain, que je n'avais pas assez appréhendé en amont. Il m'a de ce fait fallu plus préparer les formateurs à ces changements profonds parfois vécus comme subits (ou subis ?) en tenant compte du fait que le formateur, à l'instar de ce que Charlot écrivait pour l'enseignant, est fait d'« *un ensemble de rapports et de processus (...) un être singulier, doté d'un psychisme régi par une logique spécifique, mais aussi un individu qui occupe une position dans la société et qui est pris dans des rapports sociaux* »(Charlot, 1997).

Nous avons organisé des temps de travail en commun axés non pas sur la dimension organisationnelle et de mise en œuvre du dispositif, mais sur les valeurs et les visées qui sous-tendaient le projet. A partir de ce travail, le projet de formation a également été retravaillé. Nous avons mis en place un programme de conférences en lien avec la coopération pour ces formateurs ainsi que des temps d'analyse de la pratique. Ce sont enfin, ces formateurs eux-mêmes qui ont identifié les axes d'amélioration du projet et les nouveaux critères d'évaluation.

QPES – (Faire) coopérer pour (faire) apprendre

Nous avons également mis en place des entretiens pour identifier leur rapport à la coopération et à la formation à laquelle ils ne participent pas.

La seconde phase d'évaluation en 2015 a ainsi montré que si le rapport à l'autre profession des étudiants est le même que dans la première phase, leur rapport à la coopération a évolué. Il est sous-tendu par une logique communicationnelle et de réflexion commune sur le projet de soins. Les étudiants continuent cependant à identifier un écart difficile à gérer pour eux entre ce dernier point et ce qu'ils observent surtout à l'hôpital.

On retrouve cette même logique communicationnelle dans l'analyse des entretiens des formateurs.

Ces résultats me semblent aujourd'hui intéressants à considérer de par les perspectives nombreuses de prises en soin coordonnées entre les professionnels dans les maisons de santé universitaires ou dans le cadre du service sanitaire⁶, qui exigent en amont que les acteurs du changement, formateurs et professionnels, puissent faire évoluer leur rapport à la coopération et aux professions médicales et paramédicales, pour être en mesure d'accompagner ces changements auprès des étudiants.

De nouveaux modèles de formation favorisant le décroisement doivent pouvoir être envisagés et ce, dès la formation initiale. La 9^{ème} mesure de la Grande Conférence de Santé a

⁶ « Art. D. 4071-1.-Le service sanitaire contribue à la promotion de la santé, notamment à la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. Il répond aux enjeux de santé publique de promotion des comportements favorables à la santé et contribue à la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Il permet la formation des futurs professionnels de santé et renforce leur sensibilisation à ces enjeux en assurant leur maîtrise des connaissances et compétences nécessaires. » Art. D. 4071-2.-Les étudiants inscrits dans une formation donnant accès aux professions de santé régies par la quatrième partie du présent code, effectuent un service sanitaire lorsque le texte portant organisation de leur formation le prévoit.

« Le service sanitaire vise à former ces étudiants aux enjeux de la prévention primaire par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires, notamment les élèves des établissements primaires, secondaires et les étudiants des établissements d'enseignement supérieur. Il comprend la préparation de ces actions, l'acquisition de connaissances et compétences pédagogiques spécifiques, la réalisation encadrée des actions ainsi que leur évaluation tant auprès du public concerné qu'au sein de la formation suivie.

« Le service sanitaire est organisé au sein de chaque formation sous la forme d'une ou plusieurs unités d'enseignement composées de temps de formation théorique et pratique et donne lieu à validation et à attribution de crédits européens dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé

par exemple pour objectif de développer et mieux organiser les interactions entre les étudiants de différentes formations de santé.

De fait, confrontés au défi de la coopération dans les soins, les organismes préparant aux métiers de la santé doivent selon moi réfléchir en urgence aux évolutions des mentalités et aux anciens équilibres et rapports sociaux pour répondre aux nouvelles demandes sociales en matière d'offre de soins. Les enjeux sont forts car les évolutions paradigmatiques qui marquent la redéfinition même des professions de santé au XXIème siècle, et la circonscription de leurs domaines d'autonomie et de responsabilité, exigent une rapide transformation des rapports au monde des acteurs concernés.

Références bibliographiques

Berger, P.L. et Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality : a treatise in the sociology of knowledge*. New York, USA : Anchor Books.

Bourdieu, P. *Le sens pratique*. Paris, France : Minuit.

Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir. Eléments pour une théorie*. Paris, France : Anthropos.

Dubar, C. (2002). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, France : Armand Colin.

Duru-Bellat, M. (2015). Les compétences non académiques en question. *Revue française des sciences sociales – Formation Emploi*, 130, 13-29.

Kosremelli Asmar, M. et Wachaux, F. (2007, février). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. Communication présentée à la Conférence internationale en management, Beyrouth, Liban. Texte repéré dans HAL sous la référence <halshs-00170357>

Noël-Hureaux, E. (2015, juin). *Universitarisation des savoirs infirmiers et professionnalisation des acteurs*. Communication présentée à la biennale de « Coopérer », Paris, France. Texte repéré dans HAL sous la référence <hal-01188454>

Psiuk, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique. Concepts fondamentaux-Contexte et processus d'apprentissage*. Bruxelles, Belgique : De Boeck supérieur.