Promotion de la santé et prévention des maladies dans la formation professionnelle en soins infirmiers au Brésil et en France [1]

Fabiana Ribeiro Santana
Universidade Federal de Goiás, Brasil
Cinira Magali Fortuna
Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil
Gilles Monceau
Université de Cergy-Pontoise (UCP),
Laboratoire EMA

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 3, No 2 | pp. 115-135
Reçu le : 26/02/2017 | Accepté le : 25/09/2017

Résumé : Cet article résulte d'une recherche doctorale réalisée en cotutelle entre le Brésil et la France, qui visait l'analyse de la formation en soins infirmiers à partir de la place qui y est donnée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Ainsi, nous avons développé un dispositif de recherche d'approche socio-clinique institutionnelle dans le cadre théorique de l'analyse institutionnelle pour mettre en regard nos observations de la formation en sciences infirmières dans un établissement d'enseignement universitaire dans l'État de São Paulo (au Brésil) et de la formation en soins infirmiers dans un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de la région parisienne. En effet, si la promotion de la santé et la prévention des maladies sont affichées comme éléments de la formation en France comme au Brésil, nous constatons cependant un décalage entre la formation prescrite et la formation réalisée. Les professeurs brésiliens ont développé des pratiques avec une approche transdisciplinaire dans la recherche et surtout dans l'extension (travail mené par les enseignants et les étudiants au service de la communauté). Pour les formateurs des IFSI français, les pratiques de promotion et de prévention sont prioritairement développées dans le milieu extra-hospitalier (les crèches, les écoles, les dispensaires) mais

1. Cette recherche doctorale en cotutelle a été possible d'une part grâce au soutien du CNPq (bourse de productivité process n° 306190/2014-1) et d'autre part de la Fondation CAPES par l'obtention d'une bourse de doctorat à l'étranger (Dossier n° 99999.007028/2014-08).

les stages des étudiants se faisant prioritairement à l'hôpital, ils ont peu d'opportunité de les découvrir. L'article se conclut par un élargissement de l'analyse aux situations des infirmiers et de leurs formations dans chacun des deux pays.

Mots-clés : formation en soins infirmiers, promotion de la santé, prévention des maladies, pratiques professionnelles.

Introduction

D'importantes différences existent entre les infirmiers français et brésiliens. Celles-ci se manifestent dans les pratiques professionnelles comme dans les modes et espaces de formation. L'une de ces différences concerne la place faite à la promotion de la santé et à la prévention des maladies dans la formation initiale. Ces constats sont le fruit de la lecture des programmes de formation dans les deux pays. En prenant appui sur un état des lieux de la situation de la profession infirmière au Brésil et en France, notre recherche vise à comprendre plus précisément comment, dans les établissements de formation, les formateurs définissent leurs objectifs et pratiques pédagogiques touchant à la promotion de la santé et la prévention des maladies dans leurs cadres institutionnels nationaux respectifs. Au-delà de ces enseignements spécifiques, nous faisons l'hypothèse que l'analyse des modalités d'enseignement de ces contenus peut révéler les logiques institutionnelles actuellement à l'œuvre dans les deux pays.

Pour ce qui est de notre investigation empirique, le questionnement est plus précisément le suivant : Comment, quand, pourquoi et avec quels objectifs les professeurs au Brésil et les formateurs en France enseignent la promotion de la santé et la prévention des maladies dans la formation initiale des infirmiers ? Quelle place ces contenus occupent dans le curriculum de cette formation ? Comment ces contenus sont situés dans les référentiels de la formation des infirmiers ? Comment l'analyse de la situation brésilienne interroge la situation française et inversement ? Bien que de nombreux travaux existent à propos la promotion de la santé et la prévention des maladies d'une part et la formation des infirmiers d'autre part, nous n'en avons pas identifié qui auraient déjà confronté la formation des infirmiers au Brésil et en France à partir de la place de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

L'article propose tout d'abord de revenir sur les enjeux de la mise en œuvre, au plan international, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Ceci permet de proposer une problématisation portant sur la place que tiennent ces orientations de santé publique dans les dispositifs de formation des infirmiers au Brésil et en France. Les cadres théoriques et méthodologiques seront ensuite posés de façon à pouvoir décrire le déroulement effectif de la recherche de terrain. Les résultats pour chacun des deux pays seront ensuite synthétisés et mis en dialogue.

1 L'institutionnalisation de la promotion de la santé et de la prévention des maladies à l'échelle internationale

Notre recherche porte sur l'analyse de la formation initiale en soins infirmiers au Brésil et en France à partir de la place qu'y occupent la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le développement de la promotion de la santé engage de multiples dimensions (politique, économique, écologique) et dépasse donc les modalités d'intervention sanitaire curatives qui prévalaient auparavant. En cela, il a remis en cause les modalités anciennes de formation des personnels soignants. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) mobilise la promotion de la santé comme outil d'action publique au niveau international (Vanel, 2016). Dans le prolongement de la Charte d'Ottawa, adoptée en 1986 lors de la première conférence mondiale pour la promotion de la santé, l'OMS a ainsi défini des objectifs pouvant se décliner dans différents types d'actions inscrites dans des stratégies globales. Cela comprend les actions étatiques mais aussi celles des professionnels et administrateurs impliqués dans celles-ci. Les projets locaux menés selon la logique de la promotion de la santé utilisent aussi des concepts courants de santé publique comme la maladie, la transmission et le risque. Ils sont aussi présents dans le discours préventif qu'ils imprègnent de leur rationalité (Czeresnia, 2009). Les actions de prévention des maladies ont des objectifs plus spécifiques, elles sont définies comme des interventions pour éviter les maladies infectieuses, réduire les risques de maladies dégénératives et d'autres causes spécifiques, ceci pour en réduire l'incidence et la prévalence dans les populations (OMS, 2017). Ainsi, la base du discours préventif est la connaissance épidémiologique moderne et ses projets de prévention et d'éducation sont structurés par la divulgation de l'information scientifique et des orientations normées de changement des habitudes et façons de vivre (Czeresnia, 2009). D'après Heidmann et ses collaborateurs, les progrès réalisés au niveau international n'empêchent pas la persistance d'une vision tronquée de la promotion de la santé de persister. Celle-ci privilégie l'injonction de changement de mode de vie, un modèle traditionnel d'éducation (univoque) et comprend le concept de prévention des maladies comme synonyme de promotion de la santé (Heidmann *et al.*, 2006).

Au Brésil, les études montrent une certaine imprécision des concepts de promotion de la santé et de prévention des maladies (Heidmann *et al.*, 2014), y compris dans le champ de la formation des infirmiers (Heidmann *et al.*, 2006 ; Silva *et al.*, 2010). En France les études montrent, de la même manière, des imprécisions dans la définition du concept de promotion de la santé (Hardy *et al.*, 2014) notamment une confusion avec la prévention des maladies ou bien avec l'éducation thérapeutique du patient (Messmer-Al, 2011). Selon Czeresnia (2009), les actions de prévention des maladies sont définies comme des interventions contre l'apparition des maladies infectieuses, la réduction du risque de maladie dégénératives ou d'autres dommages spécifiques afin de réduire leurs incidence et prévalence. La base de ce discours est donc le savoir épidémiologique moderne et les projets de prévention des maladies et d'éducation à la santé s'appuyant sur l'information scientifique et les orientations normatives visant le changement du mode de vie.

Le concept de promotion de la santé, tel que porté par l'OMS, comprend le renforcement de la capacité individuelle et collective à gérer la diversité des « contraintes » pesant sur la santé. Ainsi, la promotion de la santé dépasse l'application de techniques normatives, en considérant qu'il n'est pas suffisant de connaitre les caractéristiques d'une maladie et

les mécanismes permettant son contrôle (Czeresnia, 2009). Ainsi, les connaissances qui soutiennent la promotion de la santé reposent au Brésil sur des conceptions venues de la médecine sociale, de la santé publique et de la santé collective. Cette dernière étant elle-même « un champ de connaissance de nature interdisciplinaire dont les disciplines de base sont l'épidémiologie, la planification / administration et les sciences sociales en santé » (Paim et Almeida Filho, 2000, p. 63). Selon Pedrosa (2004), les différentes conceptions et pratiques de la promotion de la santé constituent un cadre théorique intégrant trois matrices : la promotion de la santé liée à la conception du risque épidémiologique et social ; la promotion de la santé liée au développement durable et enfin la promotion de la santé liée à des actions intersectorielles, c'est-à-dire avec la participation active de la population et en donnant priorité au développement local.

En France, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pris de l'importance et s'est progressivement insérée dans l'offre de soin à la faveur du développement des politiques de prévention (Grenier *et al.*, 2007). Selon Gagnayre et d'Ivernois (2003), le référentiel de l'ETP a pour rôle de soutenir l'éducation pour la santé dans l'espace intra et extra hospitalier (après la sortie du patient de l'hôpital), en incitant à l'autonomie et au soin de soi les personnes atteintes de maladies chroniques :

> « L'éducation thérapeutique s'adresse donc à des personnes (patients) atteintes d'une pathologie, qui sont amenées à gérer en collaboration avec les médecins et les soignants leur maladie, leur traitement et leurs soins quotidiens sur des périodes plus ou moins longues – voire, pour certaines affections – durant toute leur vie. Il ne s'agit pas de nier un état (la maladie), ni de le cacher par des néologismes faussement positifs. À l'opposé, il ne s'agit pas non plus de considérer uniquement la maladie dans le rapport avec un patient. Il est nécessaire de s'intéresser à d'autres dimensions, à d'autres aspects de la personne qui la concernent et de l'aider, aussi paradoxal que cela puisse paraître, à relancer un projet de vie afin de pouvoir vivre avec une maladie chronique. » [Gagnayre et d'Ivernois, 2003, p. 14.]

Traynard et Gagnayre (2013) précisent la différence entre l'approche de l'éducation à la santé et celle de l'éducation thérapeutique du patient. Pour la première, la personne se considère dans un état de bonne santé, elle a le temps nécessaire pour acquérir les compétences visées par l'action éducative qui s'offre alors comme une possibilité de soutenir une réflexion et favoriser les apprentissages. Pour la seconde, la personne est déjà porteuse d'une maladie ou d'un facteur de risque (par exemple, après un accident cardiovasculaire). Les temps biocliniques, physiologiques, sociaux et pédagogiques ne sont plus les mêmes. La relation éducative est alors basée sur la quête d'un équilibre permanent entre des apprentissages pratiques urgents pour prendre soin de soi et effectuer les adaptations psychoaffectives qu'exige toute maladie chronique. Dans l'ETP, les choix pédagogiques doivent donc favoriser l'accélération de l'acquisition des compétences de santé par le patient.

Interroger la place que tiennent la promotion de la santé et la prévention des maladies dans la formation des infirmiers, c'est chercher à comprendre comment les nouveaux professionnels sont aujourd'hui formés à des approches de la santé qui nécessitent de

penser bien au-delà de la maladie dont peut souffrir le patient et aux nouvelles stratégies de santé telles qu'elles sont désormais définies au niveau international. Revenons maintenant sur l'histoire des infirmiers au Brésil et en France afin de mieux saisir les logiques qui traversent les processus d'institutionnalisation de la profession. La promotion de la santé et la prévention des maladies n'ayant émergé que tardivement, elles sont confrontées dans les établissements de formation à des pratiques et des valeurs professionnelles déjà là.

2 L'institution infirmière : le poids de l'histoire

Nous désignons par « institution infirmière », l'émergence progressive de ce qui deviendra un groupe professionnel identifié disposant de pratiques, de discours, de formations et de savoirs spécifiques sous tendus par des valeurs qui peuvent aussi être considérées comme constituant une idéologie infirmière. En considérant ce mouvement comme une institution (Lourau, 1970), nous admettons que s'y manifestent des tensions et des contradictions actives que l'on peut identifier dans les travaux des historiens mais qui se retrouvent aussi aujourd'hui dans les établissements de formation.

Du fait des origines féminine et religieuse de la profession, celles qui n'étaient pas encore reconnues comme infirmières étaient initialement soumises à l'autorité de l'Église. Dans ce contexte, le corps de ces femmes (diaconesses, religieuses ou laïques consacrées à l'Église) était utilisé comme outil de soins à partir d'un modèle religieux de type caritatif. Cette logique instituée pendant plusieurs siècles a profondément marqué la production des savoir-faire des infirmiers (Collière, 1982). Cette situation, liée au catholicisme, a été ébranlée par la réforme protestante et par les transformations politico-économiques de la période moderne (Weber, 1964). Dans ce contexte, l'institution infirmière jusque-là reconnue comme sacerdoce a été mise en tension par le remplacement de l'infirmière religieuse par l'infirmière laïque. Comme Foucault le rappelle, les hôpitaux n'étaient pas initialement considérés comme des lieux de cure et de soins (Foucault, 1977). La médicalisation de l'espace hospitalier se produit par la suite pour limiter les effets négatifs et la propagation des maladies et des désordres dans l'espace urbain. Ce processus de réorganisation de l'hôpital n'était pas d'abord produit à partir des techniques médicales mais à partir d'une technologie qui peut être qualifiée de politique et que Foucault nomme la discipline. Cette technologie a été utilisée par les médecins pour discipliner les corps et les populations, ceci avec ensuite le renfort des systèmes d'enregistrement statistique (mesurant mortalité et morbidité).

Dans ce contexte, Florence Nightingale débute en 1860 en Angleterre son projet de professionnalisation des soins infirmiers dans les espaces hospitaliers disciplinés, hiérarchisés et sous la subordination du pouvoir des médecins (Sinoue, 2008). Ainsi, les « *nurses* » (femmes pauvres) sont occupées au travail manuel / technique (nourriture, hygiène du patient et de son environnement, etc.) et les « *lady-nurses* » (femmes riches) sont responsables du travail intellectuel (supervision, enseignement et diffusion du modèle de Nightingale). Malgré des évolutions socio-historiques différentes nous constatons, au Brésil et en France, une forte influence du modèle de Nigthingale. Au Brésil, persiste encore très nettement la division des classes sociales se reproduisant dans les catégories professionnelles : infirmiers, techniciens infirmiers et auxiliaires en soins infirmiers (Fortuna *et al.*, 2014). En France, lors de notre recherche en IFSI, nous avons également retrouvé cette division

caractérisée par les pratiques et les formations séparées d'infirmière et d'aide-soignante. Un point commun aux deux pays, est le fait que l'identité professionnelle soit très liée à l'hôpital, ce qui se concrétise dans les textes officiels par les « actes privés » de l'infirmier au Brésil (Loi de 1986) et la distinction entre le « rôle propre » et le « rôle prescrit » de l'infirmier en France (Décret de 2004). L'examen de ces textes fait par ailleurs apparaitre que si le rôle de l'infirmier français est très lié à la prise en charge du patient, celui de l'infirmier brésilien est davantage coordinateur d'une équipe soignante.

Les soins infirmiers et la formation des infirmiers au Brésil (sur quatre ou cinq années dans des écoles universitaires) et en France (en trois années dans des écoles professionnelles liées par convention aux universités) présentent de profondes différences produites par les systèmes de santé d'une part et par le processus d'universitarisation d'autre part. Ce dernier a été développé selon des modalités, des temps et des espaces très différents dans les deux pays. Au Brésil, l'insertion de la formation en soins infirmiers à l'université a commencé à la fin des années 1930. Ce mouvement a été favorisé par la politique fédérale de l'enseignement supérieur et a été renforcé par la réforme universitaire de la loi 5.540 en 1968 (Baptista et Barreira, 2006). Ce processus a non seulement confirmé la transition de l'enseignement infirmier vers le niveau universitaire, mais a aussi redéfini la professionnalisation des professeurs en infirmerie. Ceux-ci ont été les premiers agents de la « scientificisation » de la profession par l'adoption des principes universitaires comme l'autonomie, l'indissociabilité entre l'enseignement, la recherche et l'extension (actions vers les communautés) (Fortuna *et al.*, 2014).

En France, le processus d'universitarisation de la formation professionnelle des infirmiers est plus récent et toujours en cours. Le processus a été lancé par la Circulaire interministérielle du 9 juillet 2009 et a provoqué des tensions entre les différents acteurs, en particulier entre les IFSI et les facultés de médecine avec lesquelles ils ont été contraints de collaborer. Les transformations se sont actualisées à partir de nouveaux référentiels de formation, en particulier avec l'intervention de l'université et de nouvelles temporalités introduites par le dispositif de l'alternance (théorie / pratique). Mettre en analyse cet « ici et maintenant » de la formation comme pris dans la genèse sociale et théorique de l'institution infirmière nous aide à comprendre la place de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans la formation des infirmiers, les contradictions et oppositions entre une logique instituée / dominante curative, techniciste et hospitalocentrée et une logique de santé globale portée par la promotion de la santé qui considère l'être dans ses dimensions historique et sociale et non seulement comme un corps à soigner.

Comme la présentation du dispositif de recherche le précisera, la démarche socio-clinique institutionnelle associe les sujets de la recherche (ici les professeurs brésiliens et les formateurs français) à la réalisation de celle-ci puisque les données sont en partie le produit de leur travail réflexif sur leurs implications professionnelles (Monceau, 2012).

3 L'analyse institutionnelle et la socio-clinique institutionnelle en France et au Brésil

L'approche socio-clinique, que nous avons adoptée pour notre recherche, distingue le champ d'analyse et le champ d'intervention. Le champ d'analyse est constitué par les cadres théoriques et institutionnels et le champ d'intervention par l'établissement, le ter-

ritoire qui donne sa base matérielle à l'institution (Rodrigues, 2002). Ainsi, le champ d'analyse de cette recherche est constitué de l'institution de formation en soins infirmiers (qui est donc bien plus large que l'établissement de formation) au regard de la place donnée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Les champs d'interventions dans lesquels la recherche empirique s'est déployée sont : un cursus de formation de niveau licence (graduation) en science infirmière dans une université du centre de l'État de São Paulo (Brésil) et un cursus de soins infirmiers dans un IFSI, situé dans la région parisienne et rattaché à l'Université Paris-Diderot (France).

Pour répondre à notre questionnement, notre recherche de terrain a pris la forme d'une recherche-intervention menée selon les principes de la socio-clinique institutionnelle. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les travaux de différents analystes institutionnels français (Lourau, 1970, 1988 ; Monceau, 1996, 2008, 2012, 2013, 2016), argentin naturalisé au Brésil depuis trente ans (Baremblitt, 2012) et brésiliens (L'Abbate, 2005, 2012, 2013 ; Rodrigues, 2002). Nous avons cherché à mettre en analyse le « caché » du processus d'institutionnalisation de la formation en soins infirmiers, ceci en interrogeant systématiquement la place qu'elles donnent à la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

Au Brésil, l'analyse institutionnelle a été introduite dans la décennie 1970, dans un contexte politique de dictature militaire marquée fortement par la restriction des libertés civiles et politiques suite au coup d'État de 1964. L'analyse institutionnelle a été instaurée d'abord dans les départements de psychologie des universités publiques de Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Minas Gerais et dans les groupes de recherche interprofessionnels (Rodrigues et Benevides de Barros, 2003). Dans cette période, il y avait au Brésil un fort esprit de contestation et de résistance. Dans le champ de la santé, le mouvement pour la réforme sanitaire a abouti à porter un nouveau regard sur la santé en la considérant comme un droit du citoyen, ce qui a inauguré un nouveau champ de savoirs et de pratiques : la santé collective (L'Abbate, 2013).

L'approche socio-clinique institutionnelle nécessite de prendre en compte la perspective socio historique car pour enquêter « ici et maintenant », il est nécessaire de réaliser une analyse de l'institutionnalisation de cet « ici et maintenant » (Monceau, 2008). C'est en effet en prenant en compte les transformations institutionnelles passées et en cours que nous pouvons aborder la logique de l'institution infirmière contemporaine. Décrire les soins infirmiers / sciences infirmières et la formation infirmière comme des institutions permet de les considérer de façon dialectique selon le concept d'institution développé par Lourau (1970). Cet auteur considère toutes les institutions, du salariat jusqu'au mariage, comme résultants de la tension entre trois moments : le premier est celui de l'universalité ou institué, dans lequel l'institution est reconnue et nommée ; le deuxième est celui de la particularité ou instituant, qui nie le moment antérieur ; le troisième est le moment de la singularité ou institutionnalisation. Ce troisième moment est le résultat du rapport dialectique entre les deux autres moments, celui où l'institution est mise sous tension et mise à jour à travers les actions des sujets.

Le travail socio-clinique a pour objectif de comprendre une réalité sociale et organisationnelle spécifique, à partir des discours et pratiques des individus. Pour cela, nous mobilisons une méthode composée par un ensemble articulé de concepts, dont les plus significatifs

sont : demande, commande, transversalité, analyseur et implication. Ces concepts opératoires ont été initialement travaillés dans le cadre de l'intervention socio-analytique (Monceau, 1996) et sont indissociables du concept dialectique d'institution (Lourau, 1970). Le travail socio-clinique, qui conduit les chercheurs à interagir fortement avec les sujets de la recherche, génère la transformation des situations et dynamiques institutionnelles étudiées par le chercheur-intervenant (Monceau, 2015). Ces transformations sont donc en même temps les matériaux et les effets du travail socio-clinique. L'approche socio-clinique institutionnelle a été développée par Gilles Monceau pendant les années 2000 avec la proposition d'une diversification des pratiques de l'analyse institutionnelle. L'auteur a élaboré huit principes organisateurs de cette approche de recherche qui s'inscrit dans la continuité des travaux de Lapassade et surtout de Lourau. Ces huit principes sont : l'analyse de commande et des demandes ; la participation des sujets au dispositif ; le travail des analyseurs, l'analyse des transformations qui sont produites à mesure que le travail de l'analyse avance ; l'application de modalités de restitution ; le travail des implications primaires et secondaires ; l'intention de produire des connaissances et l'attention aux interférences institutionnelles (Monceau, 2013).

4 Le dispositif de recherche

La recherche a été menée dans le cadre d'un doctorat en cotutelle entre le Brésil et la France, en sciences infirmières au Brésil et en sciences de l'éducation en France. Il ne s'agissait pas de comparer les situations brésilienne et française car les contextes professionnels et les modes de formations sont extrêmement différents. Notre dispositif de recherche a cependant pour ambition de faire dialoguer les singularités des formations à l'université au Brésil et en IFSI en France.

Des problèmes de traduction ont accompagné la réalisation de cette recherche, ils illustrent les différences entre les deux pays. Ainsi, le mot portugais « *enfermagem* », qui pourrait être traduit littéralement en français par « infirmerie », désigne au Brésil la profession infirmière et la formation en sciences infirmières et soins infirmiers, formation délivrée à l'université. En France, le mot « infirmerie » ne désigne pas habituellement cette même réalité mais plutôt un local où des soins infirmiers sont pratiqués. Les établissements français de formation sont appelés « Instituts de formation en soins infirmiers » et non des « Instituts de formation en infirmerie ». Plus qu'une question de traduction, cette différence témoigne d'un degré d'institutionnalisation différent puisque l'infirmerie est, au Brésil, une discipline universitaire en même temps qu'une profession.

Les critères d'éligibilité retenus pour choisir les deux principaux établissements d'étude (l'un au Brésil, l'autre en France) ont été : cursus publics dans l'État de São Paulo au Brésil et établissement public ou privé de la région parisienne en France (IFSI) ; cursus effectué en présentiel ; cursus ayant déjà produit des diplômés ; cursus ayant un projet pédagogique et qui acceptent de participer à l'étude.

Au Brésil, nous avons travaillé avec une école universitaire de sciences infirmières située dans l'État de São Paulo. Nous avons pu nous y rendre fréquemment durant six mois afin de réaliser des observations et des entretiens.

En France nous avons mené notre recherche de terrain par une immersion de six mois dans le quotidien d'un IFSI. Nous avons aussi réalisé des entretiens avec des formateurs de cinq autres IFSI pour élargir notre compréhension des logiques de formation en soins infirmiers en France. Ces cinq autres IFSI situés en région parisienne ont conventionné avec les universités Paris Diderot, Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Pierre et Marie Curie et Paris Descartes comme le texte de 2009 réformant la formation infirmière le demande. Une fois les établissements retenus pour la mise en œuvre de notre recherche-intervention, des critères d'inclusion des participants ont été définis : professeurs (Brésil) / formateurs (France) exerçant à temps plein et acceptant de participer à l'étude.

Au Brésil, vingt-six professeurs ont participé : professeurs attachés aux départements de « Sciences infirmières » (23), « Morphologie et pathologie » (1), « Méthodologie de l'enseignement » (1) et « Éducation » (1).

En France, ont participé vingt et un professionnels travaillant dans l'IFSI principalement retenu pour la recherche, dont dix-sept formateurs du cursus de soins infirmiers, une formatrice du cursus d'aide-soignant, une documentaliste chargée également de quelques contenus et deux directrices. Ont également participé neuf formateurs de cinq autres IFSI, totalisant trente participants.

Afin de garantir l'anonymat, nous avons identifié les participants au travers du sigle BR pour les professeurs du Brésil, en ajoutant P1, P2, P3... P26 (participants) et du sigle FR pour les formateurs de la France, en ajoutant P1, P2, P3... P30. Pour ce qui est des IFSI, nous avons nommé IFSI 1 le principal établissement où a été menée la recherche-intervention puis IFSI 2 à IFSI 6 les autres établissements (où nous avons réalisé des activités ponctuelles).

Après avoir obtenu l'autorisation de la directrice de l'école brésilienne, nous avons soumis le projet au Comité d'éthique en recherche de l'École de sciences infirmières de Ribeirão Preto de l'Université de São Paulo, en respectant les directives et normes règlementaires de recherche avec des êtres humains au Brésil, conformément à la Résolution 466/2012. Après approbation sur le Protocole (n° 31343814.8.3001.5504) nous avons commencé le travail du terrain.

Au Brésil, le travail de terrain a été réalisé entre les mois de juillet et de décembre 2014. En novembre 2015, nous avons mené la dernière session de restitution où nous avons présenté et mis en analyse avec les participants les données produites en France dans les IFSI. En France, le travail de terrain a été développé entre les mois de janvier et juillet 2015.

Les techniques utilisées pour la production des données sont : l'analyse des documents, les entretiens individuels semi-directifs, les observations de séquences d'enseignement et les séances de restitution. La totalité des entretiens et des séances de restitution ont été enregistrées et retranscrites. Nous avons utilisé également le journal de recherche pour décrire le vécu quotidien et les réflexions de la doctorante investie dans le travail empirique. Ce journal a constitué un outil important d'analyse des implications (Lourau, 1988).

Pour l'analyse des documents au Brésil, nous avons travaillé sur le projet pédagogique, la matrice du curriculum et les plans d'enseignement et en France nous avons étudié le référentiel de la formation et le projet pédagogique de l'IFSI 1. Il s'agissait d'une part,

de saisir la logique d'ensemble des formations et l'articulation des différents contenus et d'autre part, d'identifier les éléments relevant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, ce qui ne va pas sans difficulté compte tenu des imprécisions pointées précédemment.

Au Brésil, nous avons réalisé vingt-cinq entretiens, qui ont totalisé 38 heures d'enregistrement. Nous avons utilisé un guide d'entretien abordant la promotion de la santé et la prévention des maladies mais aussi le travail du professeur ; leurs parcours de professionnalisation comme professeur ; leurs activités d'enseignement, de recherche et d'extension [2]. Les entretiens ont été enregistrés avec deux appareils pour assurer la qualité audio et ainsi, la fidélité des transcriptions.

En France, nous avons réalisé dix-neuf entretiens individuels à l'IFSI 1. Nous avons mené par ailleurs neuf entretiens dans les autres IFSI de la région parisienne : dont deux entretiens à l'IFSI 2 ; un entretien à l'IFSI 3 ; deux entretiens à l'IFSI 4 ; deux entretiens à l'IFSI 5 et deux entretiens à l'IFSI 6. Ainsi, nous avons totalisé vingt-huit entretiens avec 23 heures d'enregistrement. Nous avons également utilisé le même guide constitué de questions ouvertes traduit en français, celui-ci est resté à disposition des formateurs pendant l'entretien pour faciliter la communication et la compréhension linguistique. Les entretiens ont été enregistrés avec deux appareils digitaux.

Au Brésil, les observations participantes ont été réalisées lors des activités d'enseignement, de recherche et d'extension développées par les professeurs. Nous avons sollicité la permission des étudiants au début de la pratique d'observation. Aucun refus des étudiants n'a été formulé.

En France, les observations ont été réalisées lors de plusieurs activités pédagogiques et d'enseignement pour permettre la compréhension de la dynamique et de la logique de la formation en soins infirmiers. Les activités d'extension ne font pas partie des activités développées par les IFSI et les universités en France. Les activités de recherche sont limitées aux travaux concluant les cours des étudiants (production d'un mémoire de fin d'études). Des observations ont été faites pendant les réunions pédagogiques, cours magistraux, travaux dirigés, travail personnel guidé, supervision de stage, accompagnement pédagogique, simulation et évaluation. Nous avons demandé la permission des étudiants au début de chaque activité et également nous n'avons eu aucun refus. Pendant les observations, nous avons fait des enregistrements audio et pris des notes dans le journal de recherche.

Au Brésil, les sessions de restitution ont été développées avec les professeurs participant à la recherche. Toutes les rencontres ont été préalablement prévues, donc les locaux et les horaires ont été définis préalablement avec la directrice de thèse au Brésil et les participants de la recherche. Deux sessions de restitution intermédiaires ont été organisées pour la discussion des données et une session finale pour la discussion des données collectées en France. Ces sessions ont été enregistrées par deux appareils digitaux, qui ont totalisé environ 7 heures d'enregistrement. Après les sessions nous avons élaboré des synthèses à partir de l'analyse audio. Ces documents ont été envoyés à tous les participants de la recherche par courriel.

2. Activités menées au Brésil par les professeurs et les étudiants au service de la communauté : action de prévention de la toxicomanie en établissement scolaire par exemple.

En France nous avons réalisé deux sessions de restitution. La première session a été réalisée à l'IFSI 1 avec vingt formateurs ayant participé à la recherche. La deuxième restitution a été réalisée à l'Université de Cergy-Pontoise pendant une durée de 2 heures. Deux formatrices de l'IFSI 1, une formatrice de l'IFSI 3 et deux formatrices d'IFSI 5.

La « restitution croisée » des données françaises aux participants brésiliens et inversement contribue à ce que chaque participant prenne davantage de distance avec ses propres implications professionnelles et institutionnelles. Cette technique favorise d'autant plus le travail de dénaturalisation du vécu des participants que les deux situations nationales sont très contrastées.

5 Dialogues entre les formations en soins infirmiers au Brésil et en France

5.1 Formation de l'infirmier au Brésil et place de la promotion et la prévention

À partir de l'analyse documentaire du projet pédagogique du cours de sciences infirmières et des plans d'enseignement nous avons constaté que la promotion et la prévention sont présentes dans la proposition curriculaire, particulièrement entre le 3e et le 9e semestre. Ces documents prévoient le développement d'actions éducatives aux niveaux individuel et collectif dans divers espaces à l'intérieur et à l'extérieur de l'université. La promotion, la prévention et l'éducation pour la santé sont explicitement mentionnés avec les contenus suivants : « Éducation et santé » (3e semestre), « Nutrition et santé » (4e semestre), « Soins en santé de l'adulte » (5e semestre), « Soins en santé de la personne âgée » (6e semestre), « Soins en santé mentale » (6e semestre), « Soins en santé du travailleur » (6e semestre), « Soins en santé de la femme » (7e semestre), « Stage curriculaire supervisé : champ de la santé collective 1 » (8e semestre), « Stage curriculaire supervisé : champ hospitalier 1 » (8e semestre), « Stage curriculaire supervisé : champ de la santé collective 2 » (9e semestre), « Stage curriculaire supervisé : champ hospitalier 2 » (9e semestre) et « Stage supervisé de l'enseignement en soins infirmiers 2 » (9e période).

Dans ces plans d'enseignement, nous avons identifié les espaces où est conduite la formation aux pratiques de promotion et/ou de prévention comme par exemple : les communautés, les salles d'attente, les groupes de femmes, l'université du troisième âge, les services hospitaliers, les services de santé de la famille, les centres de santé, les centres de spécialité médicale, les services de surveillance épidémiologique et les centres de soins psychosociaux – alcool et drogues. Nous avons également identifié d'autres espaces pendant les entretiens et les observations menés avec les professeurs comme : les centres communautaires, les crèches, les écoles, les lycées, les coopératives, les ambulatoires, les domiciles, les rues, les organisations non gouvernementales (ONG), les services de santé universitaire etc. Les espaces d'enseignement sont donc diversifiés.

Par ailleurs, nous avons observé une fragmentation des activités dans le processus de formation en raison d'une logique disciplinaire et spécialisée selon laquelle chaque professeur est chargé d'un certain savoir et savoir-faire dans un temps et un espace donnés. Les contenus sont compartimentés et divisés entre les départements correspondants de l'université. Dans ce dispositif d'enseignement, il incombe au professeur de planifier individuellement, de mettre en œuvre et d'évaluer si les objectifs ont été atteints et l'étudiant

doit faire la liaison entre les parties. Cette logique produit ce que l'analyse institutionnelle désigne comme « effet Lukács », c'est-à-dire le fait que plus la science se spécialise, plus elle rend opaque la perception que les chercheurs (et ici les étudiants) ont de la totalité (Hess et Savoye, 1993 ; Baremblitt, 2012).

Dans cette proposition curriculaire, les contenus de sciences biologiques sont enseignés durant les premières années de la formation avant les apprentissages considérés comme plus professionnels. Historiquement, cette structure curriculaire de séparation entre cycle de base biologique et cycle professionnel a été largement utilisée dans la formation en santé (Ceccim et Carvalho, 2006) et en sciences infirmières. Aujourd'hui encore, cette logique est dominante dans la formation mais elle fait l'objet de critiques des formateurs eux-mêmes. Celles-ci portent sur la distanciation et la dichotomisation entre savoir et savoir-faire biologique, clinique et social. Cette structuration du cursus de formation des infirmiers a été influencée par celle de la médecine scientifique (Santana *et al.*, 2010).

Malgré l'institutionnalisation d'une formation en sciences infirmières orientée par l'hospitalocentrisme, les soins curatifs et la disciplinarisation des corps (des professeurs, des étudiants et des usagers des services de santé) nous avons relevé, dans les discours des professeurs et lors de nos observations, des mises en cause du modèle dominant par des pratiques qui s'appuient sur d'autres approches, dont celles promues par l'OMS. Ce processus dialectique de lutte permanente des contraires (institué *vs* instituant) a été observé et analysé au cours de la recherche-intervention en confrontant les discours des professeurs lors des entretiens individuels, les situations observées et les échanges collectifs menés lors des temps de restitution. Nous avons ainsi identifié des professeurs qui, échappant aux frontières rigides qui morcellent le cursus de formation, ont établi des connexions entre savoirs et espaces différents. La dynamique de la démarche socio-clinique institutionnelle, en provoquant la mise en réflexivité individuelle et collective des professeurs sur leurs propres pratiques, nous a permis d'accéder aux effets des contradictions institutionnelles dans et sur les pratiques de formation.

Nous présentons ici quelques exemples de ces initiatives pédagogiques instituantes développées par les professeurs dans le cadre de l'enseignement, de la recherche et de l'extension.

Le professeur BRP25 propose des activités d'enseignement axées sur l'éducation et la promotion de la santé dans les communautés (quartiers, villages). Ces activités visent à élargir le regard de l'étudiant sur la « production de la santé et de la vie » (expression brésilienne traduite littéralement) en dehors des services de santé. Il s'agit aussi de questionner la place de l'infirmier dans cette production de soins réalisée sur les territoires vivants, dans la vie quotidienne avec la participation de la communauté. Ainsi, la diversification des espaces d'enseignement transforme les pratiques d'enseignement et de soins à partir d'une approche plus dialogique.

> « Analyser les processus éducatifs qui imprègnent les pratiques sociales en santé [...]. Développer et mettre en œuvre des méthodologies participatives d'éducation pour la santé dans l'interaction avec les communautés [...]. » [*Plan d'enseignement d'éducation et santé*, Brésil, analyse documentaire.]

BRP25 développe aussi, en collaboration avec d'autres agents sociaux, diverses pratiques d'éducation et de promotion de la santé en activités complémentaires, projets de recherche et d'extension dans divers espaces (les rues, les maisons de prostitution, les communautés rurales, le temple d'umbanda – religion brésilienne formée d'éléments d'autres religions et de la culture africaine et indigène du Brésil –, les ONG, les associations, etc.). Ce processus éducatif s'appuie sur le cadre du référentiel d'éducation populaire en santé dans la perspective de construire des dispositifs pour la réorganisation de la formation professionnelle en santé (Heidmann *et al.*, 2014).

Dans le domaine de la santé collective, les professeurs (BRP2, BRP7, BRP23 et BRP24) dotent les étudiants d'outils pour connaître l'état de santé de la communauté à partir des référentiels de la santé collective. Les étudiants approchent ainsi la réalité des familles et des travailleurs des services de santé de la famille.

> « [...] nous travaillons avec les étudiants l'ensemble du référentiel théorique du modèle de soins en santé, les indicateurs de santé et de contrôle social. Nous apportons beaucoup de référentiels pour la surveillance en santé et d'épidémiologique. Ce sont des référentiels théoriques que nous travaillons dans notre enseignement pour outiller les étudiants quand ils vont vers la pratique, pour construire le diagnostic du territoire [...] quand nous faisons cette analyse de l'état de santé (de la population d'un territoire), nous envisageons des actions de promotion et de prévention pour les besoins de ce territoire [...]. » [BRP7, entretien session 3, 11 novembre 2014.]

Après cette activité de santé collective, réalisée durant le 3e semestre, d'autres enseignements et des stages poursuivent le processus de formation de l'infirmier en soins primaires. La proposition des professeurs interrogés et ayant des pratiques instituantes est que ces connaissances et pratiques sont transversales dans la formation. Cependant, là aussi des contradictions et des tensions traversent les pratiques des professeurs et freinent le développement des initiatives. En effet, comme le regrettent ces professeurs, il ne suffit pas d'élargir les espaces d'enseignement pour changer les pratiques pédagogiques si le regard biologique des soins curatifs et hospitaliers reste dominant.

Lors de nos observations des activités de formation menées dans les structures de soins primaires, nous avons relevé une autre contradiction : le modèle dominant reste le curatif, même au sein des équipes qui développent des processus éducatifs et préventifs.

Dans les domaines de la recherche et de l'extension, les professeurs brésiliens se situant dans le champ de la santé collective (Campos *et al.*, 2012) ont cherché à rompre avec l'institué dans la formation d'infirmier. Ces professeurs proposent des pratiques plus intégrées et interdisciplinaires.

BRP2 développe un projet d'extension dans les services de santé de la famille où ont été réalisées des enquêtes de santé dans la communauté dans le cadre de l'enseignement de santé collective. L'objectif est de donner suite aux activités et de maintenir le lien avec les équipes de terrain.

> « [...] la proposition du projet d'extension est d'avancer plus encore. Pour transformer en actions les besoins de santé (qui ont été identifiés) ; discuter

> des solutions possibles ; vérifier comment et par qui ces actions, ces pratiques sont développées et planifier une action collective dans le contexte de soins de santé primaires [...]. » [BRP2, entretien session 1, 1er septembre 2014.]

BRP7 construit un projet d'extension avec une approche interdisciplinaire pour que les étudiants des cours dans le domaine de la santé (étudiants de sciences infirmières, de médecine, d'ergothérapie, de kinésithérapie, de gérontologie, etc.) développent des actions ensemble avec les équipes de santé de la famille.

> « [...] à partir du projet d'extension, nous essayons de travailler avec l'interdisciplinarité pour que les étudiants des différentes formations puissent expérimenter l'interdisciplinarité, nous réalisons un soin partagé avec d'autres personnes qui ne font pas partie de notre groupe, nous proposons aussi cette démarche aux équipes (de santé primaire) qui sont intéressées [...]. » [BRP7, entretien session 2, 10 septembre 2014.]

BRP23 et BRP24 développent des actions éducatives de façon coopérative. Ces activités viennent de la réalité sociale et des connaissances des personnes sur la santé, la maladie, le soin, le droit à la santé etc. Ces activités permettent de construire plusieurs outils importants pour la promotion comme : l'autogestion, l'autonomie et l'émancipation. Elles s'appuient sur le référentiel de la santé collective et de l'économie solidaire.

> « [...] nous travaillons dans cette perspective de partir de ce que les gens vivent, de leurs problèmes de santé et de leurs maladies professionnelles, de leurs soins de santé. Nous travaillons dans la perspective de la qualité de vie, quels aspects sont importants pour la vie des gens et comment nous pouvons les encourager [...], améliorer la qualité de vie des gens, de ce qu'ils ont en tant que ressource, en tant que pouvoir, comme un droit [...]. Ce projet est toujours lié à notre groupe de recherche et d'extension [...]. Donc, nous avons travaillé pendant longtemps avec des coopératives de collecte de déchets et ensuite avec la coopérative alimentaire [...]. Il y a beaucoup de travail avec les étudiants qui sont liés à ce projet sur ce lien et aussi les actions de développement territorial. Alors, ils suivent tous une formation en économie solidaire, ce sont des étudiants qui ont déjà travaillé avec nous dans l'unité d'enseignement de santé collective (3e semestre). Donc, ils ont déjà beaucoup de connaissances dans ce domaine [...], d'autre part il y a aussi des étudiants qui n'ont pas ces connaissances, parce qu'ils viennent d'autres cours universitaires [...]. » [BRP23, entretien session 1, 22 octobre 2014.]

Dans le domaine de la santé de la femme, des professeurs (BRP3 et BRP4) ont promu des changements à partir des directives des soins primaires et des politiques nationales de santé. Ils s'appuient aussi sur les nouveaux référentiels méthodologiques de la problématisation et de la médecine basée sur les preuves pour la production des savoirs et des pratiques.

> « [...] nous percevions que la place, le rôle d'infirmier dans le service de soins primaires était très large [...]. Donc, pour moi, il était clair que nous

> n'avions qu'à chercher un espace dans le domaine d'enseignement qui permettrait que les étudiants suivent tous le processus [...]. Dans cette formation de promotion et de prévention des maladies, dans le cas particulier de la santé de la femme, se trouve une grande opportunité pour sortir du modèle technique [...]. Je pense que l'infirmier de la santé de la famille a une autonomie qu'il n'a dans aucun autre espace [...]. » [BRP3, entretien session 2, 2 octobre 2014.]

Les professeurs BRP3 et BRP4 développent aussi des activités d'extension et de recherche dans le domaine de la santé de la femme : groupes d'appui à la maternité saine à partir d'une perspective élargie ; activités intégrant l'enseignement, la recherche et l'extension sur l'éducation pour la santé durant la grossesse et la période postnatale ; projet d'extension autour de la création d'un protocole de prénatalité de la ville à partir des politiques actuelles de santé de la femme et de la politique nationale d'humanisation, etc.

> « [...] dans l'extension, nous travaillons en partenariat, moi-même et une autre professeure (BRP3), dans l'USE (Unité de santé scolaire) avec un groupe de soutien pour un maternage plus sain. Nous discutons la question de l'accouchement et de la naissance, mais avec une proposition plus large de ce qui est la maternage et le paternage [...]. Je pense donc que c'est une idée pour promouvoir leur qualité de vie [...]. Un autre (projet d'extension) est l'activité d'intégration entre l'enseignement, la recherche et l'extension [...] nous avons travaillé avec cette idée d'éducation pour la santé sur la question du cycle grossesse-puerpérale. Ce projet d'extension est lié avec un autre projet [...] pour créer le protocole de prénatalité de la ville [...], un protocole qui aide les gens à organiser les soins prénataux d'une manière plus holistique [...], puis en direction du réseau de cigogne [3]. C'est donc un peu structuré avec ce que le réseau de cigogne, mais un peu trop de ce que nous croyons est une attention humanisée. » [BRP4, entretien session 1, 3 septembre 2014.]

Malgré des mouvements instituants de promotion et de prévention en santé nous avons constaté que ces savoirs et pratiques sont développés majoritairement de manière isolée et à partir de l'initiative de quelques professeurs (ou de petit groupes de professeurs). Cela témoigne d'une fragilité institutionnelle pour la construction d'actions plus transversales durant le cursus de la formation. Tout se passe comme si la somme de ces expériences devait produire un infirmier plus critique, réfléchi et engagé dans le « Système unique de santé » (SUS), mais que ce processus était laissé au hasard. Finalement, il revient à chaque étudiant de reconstruire la cohérence entre les différents enseignements qu'il a reçus à l'université et dans les services.

3. Il s'agit d'une stratégie du ministère de la Santé au Brésil pour mettre en place un réseau de soins pour que les femmes aient droit à la planification familiale et à l'attention humanisée pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, ainsi que pour garantir aux enfants le droit à une naissance, à une croissance et à un développement sûrs et sains.

5.2 Formation de l'infirmier en France et place de la promotion et de la prévention

À partir de l'analyse documentaire du référentiel de la formation et du projet pédagogique de l'IFSI 1, nous avons constaté qu'il existe une compétence spécifique pour le développement des soins éducatifs et préventifs. Cette compétence (Compétence 5 – « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ») est travaillée en deux unités d'enseignement : « Santé publique et économie de la santé » (2e et 3e semestres) et « Soins éducatifs et préventifs » (3e et 4e semestres).

Dans l'unité d'enseignement « Santé publique et économie de la santé » les contenus sont distribués dans le 2e semestre dans les cours magistraux (20 heures), les travaux dirigés (15 heures) et les travaux personnels guidés (15 heures) et lors du 3e semestre dans les cours magistraux (20 heures), les travaux dirigés (20 heures) et les travaux personnels guidés (35 heures). Dans cette unité, les cours magistraux sont travaillés en collaboration avec l'université.

Dans l'unité d'enseignement « Soins éducatifs et préventifs », les contenus sont distribués dans le 3e semestre dans les cours magistraux (4 heures), les travaux dirigés (21 heures) et les travaux personnels guidés (25 heures) et dans le 4e semestre dans les travaux dirigés (15 heures) et dans les travaux personnels guidés (35 heures).

Pendant la recherche, les formateurs interrogés ont affirmé que la promotion de la santé et la prévention des maladies sont spécifiques de l'infirmier en santé publique. Mais, quelques formateurs ont évoqué le fait que l'unité d'enseignement de « Soins relationnels » (Compétence 6 – « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ») aborde aussi quelques aspects théoriques permettant de découvrir les savoirs et les pratiques de promotion et de prévention à partir des référentiels de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie.

À partir de l'analyse documentaire et grâce aux échanges avec les formateurs, nous pouvons donc dire qu'il existe une place pour la promotion et la prévention dans la formation des infirmiers français. Partant de ce constat, nous avons analysé avec les formateurs interrogés comment, pourquoi et pour qui ces savoirs et pratiques sont développés dans la formation initiale. Nous avons observé qu'il existe une distance entre la formation prescrite et la formation réalisée par analogie avec la distinction entre travail prescrit et travail réalisé (Dujarier, 2006). Bien qu'ils soient prévus dans les documents officiels, ces enseignements ne sont pas toujours évidents à identifier dans la réalité de la formation.

Cette constatation corrobore une revue de la littérature internationale réalisée par Messmer-Al (2011). L'auteur constate que l'approche de la promotion de la santé dans certains programmes de formation en soins infirmiers reste obscure et difficile à identifier. Lors des retours de stage par exemple, certains étudiants rapportent également que la pratique professionnelle effective est défavorable à ces dimensions. Ainsi, nous pouvons dire que la professionnalisation des infirmiers par rapport à la promotion de la santé est encore hésitante et fragile.

Lors des entretiens individuels et des sessions de restitution, les formateurs ont avancé des explications qui impliquent le contexte et les interférences institutionnelles.

La première explication qu'ils donnent met en évidence la place et le rôle de l'infirmier dans le champ de la santé. Il y a une image socio-historiquement construite selon laquelle l'infirmier s'occupe uniquement des activités techniques et curatives prescrites par le médecin, ce qui a d'autant plus d'effets que la majorité des infirmiers en France travaillent dans l'espace de l'hôpital. Différents fragments de l'entretien mené avec le formateur FRP4 en témoignent :

> « Il y a une place pour les infirmiers dans les services de prévention par rapport aux conseils donnés aux patients hospitalisés. C'est un rôle que les infirmiers pratiquent peu. Ils sont complètement dédiés au rôle prescrit [...]. Il fait partie du rôle d'infirmier, mais ce n'est pas le rôle que les étudiants s'approprient le plus. Pour eux, le rôle d'infirmier est de mettre en œuvre la prescription médicale [...]. Si l'étudiant n'a pas validé le troisième indicateur de la compétence 5 (pertinence de la démarche de promotion de la santé), ce n'est pas grave. Cela est la démonstration de la position par rapport aux étudiants en France [...]. C'est quelque chose de très abstrait pour la population et les professionnels français [...]. La promotion de la santé et la prévention des maladies restent marginales par rapport aux autres stages [...]. Ces soins n'ont pas la même importance que les soins techniques d'hôpital [...]. » [FRP4, entretien session unique, 8 avril 2015.]

La diversité des situations de travail que pourront occuper les futurs infirmiers (comme infirmier libéral, scolaire, en crèche, etc.) ne contredit pas le fait que la plupart d'entre eux continueront à travailler en établissement de santé et majoritairement dans l'hôpital public (Barlet et Cavillon, 2011). Dans l'espace de l'hôpital, l'infirmier a également aussi un rôle dans les soins relationnels. Cependant, ce type de compétences n'est pas reconnu ou valorisé comme un savoir scientifique ou même comme un travail.

Ainsi, il y a une tendance dans la formation à investir et à valoriser davantage les compétences techniques et cliniques développées dans l'hôpital ou au domicile des patients dans le cas des infirmiers libéraux. Ces derniers sont rémunérés par procédure technique, il ne s'agit pas de soins relationnels, éducatifs et préventifs. Comme le remarque une équipe de chercheurs étudiant la place de la prévention dans les systèmes de soin en France et au Québec :

> « Dans un tel contexte, la demande faite aux professionnels de premier recours ou de première ligne d'accroître le spectre de leurs interventions, en incluant notamment des pratiques cliniques préventives ou en participant activement à des réseaux de santé, tout en constatant la tension de plus en plus forte liée à la disponibilité des ressources (humaines et financières), devient une situation paradoxale. » [Morisset *et al.*, 2009, p. 277.]

Selon certains formateurs des IFSI de France, les pratiques de promotion et de prévention sont développées prioritairement dans le milieu extra-hospitalier, comme par exemple, dans les crèches, les écoles, la Protection maternelle et infantile (PMI), les réseaux ville-hôpital, les dispensaires, les centres de dépistage, etc. Toutefois, la priorité est donnée aux stages à l'hôpital.

Comme alternative à cette centralité des actions curatives et à l'hospitalocentrisme, les IFSI développent certaines activités pratiques dans l'unité d'enseignement de « Santé publique et économie de la santé ».

L'IFSI 1 a développé une activité durant le 2e semestre où des infirmiers qui travaillent hors hôpital (PMI, les réseaux ville-hôpital, etc.) présentent aux étudiants leurs expériences dans le domaine de la santé publique, particulièrement à propos de la promotion et de la prévention. Cette activité vise à problématiser les représentations des étudiants qui ont tendance à penser que le rôle d'infirmier n'est développé qu'à l'hôpital. Durant le troisième semestre, une activité pratique est mise en œuvre dans l'espace de l'hôpital avec la collaboration du médecin de santé au travail, ceci afin de sensibiliser les étudiants aux actions préventives qui peuvent également être réalisées à l'hôpital. Les formateurs ont travaillé avec leurs étudiants sur l'état de vaccination des professionnels de santé (soignants) en 2014 ; sur les accidents d'exposition, sur le respect des précautions standards en 2013 et sur la vaccination des soignants contre la grippe en 2012.

L'IFSI 2 a travaillé au troisième semestre sur des sujets spécifiques tels que le tabagisme, les maladies sexuellement transmissibles, les maladies cardiovasculaires, la nutrition, l'ostéoporose etc. Les formateurs ont également contacté les associations et les organismes de santé publique de la ville à partir d'un problème concret. L'objectif était que les étudiants comprennent quelles étaient les représentations de la santé et de la maladie des participants de ces organisations. Ensuite, les étudiants ont développé des activités d'éducation pour la santé à l'entrée du Centre hospitalier (lié à l'IFSI) en partenariat avec des associations.

Cependant, ces différentes initiatives sont considérées par les formateurs eux-mêmes comme périphériques au cœur de la formation initiale qui reste déterminée par les soins hospitaliers.

Une autre explication, donnée par les formateurs, a une relation avec le niveau macropolitique. En effet dans la politique de santé publique française, malgré les discours officiels, on observe la persistance d'une priorisation des soins hospitaliers et curatifs au détriment des soins éducatifs et préventifs. La mise en œuvre d'une politique de santé publique au niveau national s'est régulièrement heurtée depuis le XIXe siècle, à des obstacles liés aux conjonctures politiques et à certains intérêts corporatistes (Tabuteau, 2012). Ces difficultés sont augmentées par le contexte économique et social (difficultés budgétaires), l'amélioration des conditions de vie et la transition épidémiologique avec une diminution de l'incidence des maladies transmissibles et l'augmentation des maladies chroniques (OMS, 2017). Un formateur avance ainsi que :

> « [...] la politique de santé n'a jamais été une politique qui est intervenue dans la prévention et la promotion de la santé. Le budget de prévention est minimum [...]. Il y a très peu de structures qui ouvrent pour la prévention et la promotion de la santé [...]. » [FRP11, restitution session 1, France, 8 juillet 2015.]

Les analyses des formateurs interrogent les relations entre les institutions (la santé, la politique, l'hôpital, la profession infirmière et la formation en soins infirmiers) mais comme

si les agents de la formation des infirmiers (eux-mêmes) étaient complètement passifs et impuissants. Les logiques instituées produisent des formes de mystification, d'aliénation et d'immobilisme car elles répriment et recouvrent les mouvements instituants, de résistance et d'inventivité en cours. Ce contexte socio-historiquement déterminé influe sur les pratiques professionnelles en soins infirmiers et sur la formation elle-même. Plus encore qu'au Brésil, les pratiques instituantes des formateurs français sont confrontées au scepticisme de ceux-là même qui les initient. Alors que différentes initiatives pédagogiques tentent de sensibiliser les étudiants à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, les formateurs eux-mêmes les perçoivent comme marginales et sans effets réels sur la réalité des pratiques. Au-delà de la formation initiale elle-même, c'est la conception même de ce que sont les pratiques infirmières qui semble immuable.

Considérations finales

La mise en analyse, par la démarche socio-clinique institutionnelle, des tensions et contradictions observées au fil de la recherche de terrain, éclaire la manière dont s'actualise l'intention politique internationale de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les pratiques de formation des infirmiers des deux pays. Mettre en analyse les tensions entre un institué de la formation produit par les institutionnalisations conjointes du système de santé et de la profession infirmière dans chaque pays, les orientations macropolitiques affichées en référence à l'OMS et les pratiques effectives, met en évidence les contradictions institutionnelles dans lesquelles sont pris les formateurs. Ces derniers se vivent souvent et en France plus qu'au Brésil, comme des agents sans pouvoir sur la transformation des savoirs et des pratiques de formation et de soin. L'expérience brésilienne, avec la place plus importante faite à ces contenus dans les programmes officiels d'une part et la place donnée à la recherche d'autre part génère une compréhension plus large des situations professionnelles. Le fait de disposer d'un corpus théorico-pratique comme celui de la santé collective qui favorise le pouvoir et l'autonomie des individus, des groupes et des communautés est également un support important.

Lors des séances de restitution menées en France, la présentation de la formation et des pratiques brésiliennes a étonné les formateurs français qui se sont majoritairement montrés enthousiastes. Cependant les différences institutionnelles entre les deux pays sont telles qu'il est difficile d'envisager de véritables transferts d'expériences. Inversement, si la situation statutaire des infirmiers français étonne leurs homologues brésiliens qui l'imaginaient plus intégrée à l'université, la situation dans leur propre pays ne leur semble pas pour autant très favorable au développement de pratiques de formation plus en phase avec les orientations internationales portées par l'OMS. L'existence, au Brésil, de nombreuses publications en sciences infirmières produit le développement de l'analyse critique des politiques de santé. Les professeurs brésiliens étant aussi des chercheurs, ils semblent davantage attentifs aux limites et aux contradictions de ces politiques qu'aux succès de certaines réalisations locales.

La promotion de la santé et la prévention des maladies, dont les fondements remettent en cause la domination du modèle curatif hospitalocentré (mais non son existence), questionnent donc avec insistance l'institué de la formation des infirmiers et au-delà celui des systèmes de santé. Cette logique instituée tend en effet à conserver une organisation ri-

gide, statique et à conserver ses structures et ses manières de fonctionner ancienne tout en récupérant certaines propositions pédagogiques instituantes mais ne la remettant pas fondamentalement en cause.

En étudiant, au plus près des professeurs brésiliens et des formateurs français, la place attribuée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, c'est plus largement la place des infirmiers dans les deux systèmes de santé qui s'est précisée. Malgré le fait d'être désignés avec le même mot « infirmier », les statuts et les formations sont très différents en France et au Brésil. Ceci peut être compris dans le devenir historique et social des deux pays. La place donnée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies dans la formation des infirmiers en France et au Brésil est donc aussi un analyseur des différences entre les professions infirmières au Brésil et en France.

Analyser la place de ces contenus dans chacun des deux contextes nationaux, permet aussi d'éclairer les rapports de force entre les types savoirs mobilisés dans la formation des infirmiers d'une part et dans les représentations constituant l'identité professionnelle des infirmiers d'autre part. Lors des échanges avec les participants à la recherche, les difficultés liées aux rapports entre infirmiers et médecins (rapports différents dans les deux pays) ont très souvent été évoquées. Les médecins, identifiés aux traitements curatifs spécialisés, sont en conséquence très souvent perçus comme des freins aux évolutions promues par l'OMS.

Références bibliographiques

Baptista, S. de S. et Barreira, I. de A. (2006). Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. *Rev. bras. enferm.*, 59, 411-416.

Baremblitt, G. F. (2012). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes : teoria e prática*. Rio de Janeiro : Editora FGB/IFG.

Barlet, M. et Cavillon, M. (2011). La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. Un exercice de projections aux niveaux national et régional. *Études et résultats*, 760.

Campos, G. W. de S., Carvalho, Y. M. de, Minayo, M. C. de S., Drumond Junior, M. et Akerman, M. (2012). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo : HUCITEC.

Ceccim, R. B. et Carvalho, Y. M. (2006). Ensino da saúde como projeto da integralidade : a educação dos profissionais de saúde no SUS. In : R. Pinheiro, R. B. Ceccim et R. A. de Mattos (éds.), *Ensinar saúde : a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde* (p. 149-182). Rio de Janeiro : IMS-UERJ / CEPESC / ABRASCO.

Collière, M. F. (1982). *De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Interéditions.

Czeresnia, D. (2009). O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In D. Czeresnia et C. M. Freitas (éds.), *Promoção da Saúde : conceitos, reflexões, tendências* (p. 43-57). Rio de Janeiro : Editora Fiocruz.

Dujarier, M. A. (2006). *L'idéal au travail*. Paris : Le Monde / PUF.

Fortuna, C. M., Santana, F. R. et Spagnol, C. A (2014). La formation universitaire des infirmières au Brésil : trois expériences. *Recherche en soins infirmiers*, 119, 85-98.

Foucault, M. (1977). *Microphysique du pouvoir*. Éd. Alessandro Fontana et Pasquale Pasquino. Turin : Einaudi.

Gagnayre, R. et D'Ivernois, J. F. (2003). L'éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé. *Adsp*, 43, 12-17.

Grenier, B., Bourdillon, F. et Gagnayre, R. (2007). Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins. *Santé publique*, 19(4), 293-302.

Hardy, A. F., Eneau, J. et Nagels, M. (2014). Développement professionnel infirmier en promotion de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 118, 75-84.

Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. C. P. de, Boehs, A. E., Wosny, A. de M. et Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde : trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto – enferm.*, 15(2), 352-358.

Heidmann, I. T. S. B., Wosny, A. M. et Boehs, A. E. (2014). Promoção da Saúde na Atenção Básica : estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciência et saúde coletiva*, 19(8), 3553-3559.

Hess, R. et Savoye, A. (1993). *L'analyse institutionnelle*. Paris : PUF.

L'Abbate, S. (2005). Intervenção e pesquisa qualitativa em Análise Institucional. In N. F. Barros, Cecatti J. G. et E. R. Turato (éds.), *Pesquisa qualitativa em saúde – múltiplos olhares* (p. 235-246). São Paulo : Unicamp.

L'Abbate, S. (2012). Análise Institucional e Intervenção : breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, 8, 194-219.

L'Abbate, S. (2013). Análise Institucional e Saúde Coletiva : uma articulação em processo. In S. L'Abbate, L. C. Mourão et L. M. Pezzato (éds.), *Análise Institucional et Saúde Coletiva* (p. 31-88). São Paulo : Hucitec.

Lourau, R. (1970). *L'analyse institutionnelle*. Paris : Minuit

Lourau, R. (1988). *Le journal de recherche. Matériaux d'une théorie de l'implication*. Paris : Méridiens / Klincksieck.

Messmer-Al, A. N. (2011). Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis ? Cas de l'infirmière dans une haute école de santé (HES). Suisse. *Recherche en soins infirmiers, 106, 1*20-129.

Monceau, G. (1996). L'intervention socianalytique. *Pratiques de formation – analyses*, 32, 25-38.

Monceau, G. (2008). Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal. Revista de psicologia*, 20(1), 19-26.

Monceau, G. (éd.) (2012). *L'analyse institutionnelle des pratiques : une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France*. Paris : L'Harmattan.

Monceau, G. (2013). Práticas Socioanalíticas e Socioclínicas na Análise Institucional. In S. L'Abbate, L. C. Mourão, L. M. Pezzato (éds.), *Análise institucional et saúde coletiva* (p. 91-113). São Paulo : Hucitec.

Monceau, G. (2016). Transformations sociales et recherche-intervention. In M. François (éd.), *La recherche - intervention par les sciences de l'éducation* (p. 209-222). Dijon : Educagri éditions.

Morisset, J., Chambaud, L., Joubert, P. et Rochon, J. (2009). La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec. *Pratiques et organisation des soins*, 4(40), 275-282.

OMS (2017). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital* : http ://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index2.html (07/07/2017).

Paim, J. S. et Almeida Filho (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador : Casa da Qualidade.

Pedrosa, J. I. dos S. (2004). Perspectives in health promotion evaluation : An institutional approach. *Ciênc. saúde coletiva*, 9(3), 617-626.

Rodrigues, H. B. C. (2002). *No rastro dos cavalos do diabo : memória e história para uma reinvenção de percursos do paradigma do grupalismo-institucionalismo no Brasil.* Thèse de doctorat en psychologie. Institut de psychologie, Université de São Paulo, São Paulo.

Rodrigues, H. de B. C. et Benevides de Barros, R. (2003). Socioanalyse et pratiques groupales au Brésil : un mariage hétérogène. *L'Homme et la société*, 147, 55-70.

Santana, F. R., Nakatani, A. Y. K., Freitas, R. A. M. da M., Souza, A. C. S et Bachion, M. M. (2010). Care completeness : Conceptions and practice of nursing graduation professors in Goiás State. *Ciênc. saúde coletiva*, 15, 1653-1664.

Silva, K. L., Sena, R. R. de, Grillo, M. J. C. et Horta, N. de C. (2010). Formação do enfermeiro : desafios para a promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14(2), 368-376.

Sinoue, G. (2008). *La dame à la lampe. Une vie de Florence Nightingale*. Paris : Calmann-Levy.

Tabuteau, D. (2012). Santé et politique en France. *Recherche en soins infirmiers*, 2(109), 6-15.

Traynard, P. Y. et Gagnayre, R. (2013). *Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire*. Paris : Maloine.

Vanel, J. (2016). *De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé. Enjeux et organisation des savoirs au cœur de l'action publique sanitaire (internationale).* Thèse en droit. Université Paris-Saclay, Saint-Aubin.

Weber, M. (1964 [1904-1905]). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris : Plon.