

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE

Discipline : SCIENCES DE L'EDUCATION

Présentée et soutenue publiquement par

Sébastien THILLY

Le 12 janvier 2021

Les identités professionnelles des formateurs en IFSI dans le contexte de l'universitarisation des formations paramédicales

Thèse dirigée par M. Gilles BAILLAT Directeur de thèse

Co-dirigée par M. Yann DUCEUX Co-encadrant de thèse

JURY

M. Pascal MARQUET,	Professeur des Universités,	Université de Strasbourg,	Président du jury
M. Gilles BAILLAT,	Professeur des Universités,	Université de Reims Champagne-Ardenne,	Directeur de thèse
M. Yann DUCEUX,	Maître de Conférences,	Université de Reims Champagne-Ardenne,	Co-encadrant
M. Mokhtar KADDOURI,	Professeur des Universités,	Université de Lille,	Rapporteur
Mme Elisabeth NOËL-HUREAUX,	Maître de Conférences HDR,	Université Paris 13,	Rapporteuse
M. Stéphane BRAU-ANTONY,	Professeur des Universités,	Université de Reims Champagne-Ardenne,	Examineur



REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans l'élaboration de ce travail de recherche, et plus spécialement :

Gilles Baillat, mon Directeur de thèse, pour son discernement, ses orientations et sa disponibilité à toute épreuve,

Yann Duceux, qui a co-encadré ce travail de recherche, pour la richesse de ses remarques et sa présence dans les moments de doute,

Madame Noël-Hureaux et Monsieur Kaddouri pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse en qualité de rapporteurs,

Monsieur Brau-Antony et Monsieur Marquet, membres du jury, pour l'attention portée à ce travail et les conseils prodigués lors des comités de suivi de thèse et des séminaires doctorants,

Monsieur Niclot, pour ses critiques constructives durant les comités de suivi de thèse,

Sandrine Williaume, pour son précieux soutien au début de cette aventure,

L'unité de recherche CEREP (Centre d'Études et de Recherches sur les Emplois et les Professionnalisations) qui m'a accueilli et accompagné lors de ce doctorat, plus particulièrement sa Directrice Muriel Frisch et l'ensemble des chercheurs du thème « Formation, développement professionnel et formes éducatives »,

Martine Sommelette, Présidente du CEFIEC (Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres), pour son aide dans la diffusion du questionnaire,

Les formateurs en IFSI qui ont accepté de participer à cette recherche,

Mes collègues David, Marie-Pierre, Marie-Laure, Angélique, Josette, Marie-Line, Patricia, Aude, Julie, Christelle et Claire pour leur intérêt manifeste envers ce travail,

Tinhinane et Alfred pour les traductions en anglais,

Annick, Alain, Stella et mon père pour leurs minutieuses relectures,

Ma famille et mes amis pour leur soutien, leur écoute et leur compréhension,

Stella et Mila pour m'avoir supporté, dans tous les sens du terme, tout au long de ce parcours.

RESUME

Dans le contexte de l'universitarisation des formations paramédicales, ce travail de thèse a pour objet l'étude des évolutions identitaires de formateurs qui forment des personnes à leur ancienne profession à travers l'exemple des infirmiers qui sont devenus formateurs en soins infirmiers. Le questionnement principal de cette recherche examine l'impact du processus d'universitarisation des formations paramédicales et de l'identité héritée infirmière sur les dynamiques identitaires et sur la reconnaissance professionnelle des formateurs exerçant en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Le cadre théorique est principalement construit à partir du modèle de la double transaction (Dubar, 2010) auquel nous avons associé les dynamiques identitaires et les projets de Soi (Kaddouri, 2002). La méthodologie de cette recherche articule deux démarches complémentaires : une enquête quantitative par questionnaire suivie d'une enquête qualitative basée sur une série d'entretiens semi-directifs à visée compréhensive. Les résultats montrent notamment que les formateurs IFSI qui revendiquent une identité héritée infirmière forte se sentent davantage menacés par le processus d'universitarisation des formations paramédicales, ce qui se traduirait par une dynamique de transformation identitaire avec un projet de Soi pour soi souvent orienté vers une fonction de management de proximité. À l'inverse, une identité héritée infirmière peu persistante dans l'identité investie dans le présent des formateurs IFSI entraîneraient une dynamique de continuité identitaire de formateur avec le plus souvent un projet d'entretien de Soi dans la fonction de formateur.

Mots-clés : formateur, IFSI, infirmier, identité professionnelle, dynamique identitaire, universitarisation.

Professional identities of nursing trainers within the context of paramedical training universitarization

Abstract

In the context of the universitarization of paramedical training, the purpose of this thesis is to study evolutions in the identity of trainers who train people in their former profession through the example of nurses who have become nursing trainers. The main questioning of this research is the impact of the process of paramedical training universitarization and the inherited nurse identity on identity dynamics and on the professional recognition of trainers in Nursing Training Institute (IFSI). The theoretical framework is mainly constructed from the model of the double transaction (Dubar, 2010) to which we have associated identity dynamics and projects of Oneself (Kaddouri, 2002). The methodology of this research articulates two complementary approaches: a quantitative survey by questionnaire followed by a qualitative survey based on a series of semi-structured interviews with a comprehensive aim. The results show that IFSI trainers in particular who claim a strong inherited nurse identity feel more threatened by the process of paramedical training's universitarization, which would result in a dynamic of identity transformation with a project of Self on self often oriented towards a proximity management function. On the contrary, a not very persistent inherited nurse identity in the present invested identity of IFSI trainers would lead to a dynamic of identity continuity of a trainer, most often with a self-maintenance project in the function of the trainer.

Keywords : Trainer, IFSI, nurse, professional identity, identity dynamic, universitarization.

Thèse préparée au Centre d'Études et de Recherches sur les Emplois et les Professionnalisations (CEREP-EA 4692), 23 rue Clément Ader, 51100 REIMS.

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES

- AFC** : Analyse Factorielle des Correspondances
- AFPS** : Attestation de Formation aux Premiers Secours
- APC** : Approche Par Compétences
- ATER** : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche
- BAFA** : Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur
- BEPC** : Brevet d'Études du Premier Cycle
- CAC** : Commission d'Attribution des Crédits
- CAFIM** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice
- CAFIS** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante
- CAP** : Certificat d'Aptitude Professionnelle
- CCI** : Certificat Cadre Infirmier
- CDS** : Cadre De Santé
- CEFIEC** : Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres
- CEMÉA** : Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CNRTL** : Centre National de Recherches Textuelles et Lexicales
- CNU** : Conseil National des Universités
- DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- DU** : Diplôme Universitaire
- ECTS** : *European Credit Transfer System*
- EEES** : Espace Européen de l'Enseignement Supérieur
- EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- EPSM** : Établissement Public de Santé Mentale
- ESAT** : Établissement et Service d'Aide par le Travail
- ESI** : Étudiant en Soins Infirmiers
- FGSU** : Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
- GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire
- IADE** : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
- IBODE** : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAENR : Inspection Générale de l'Administration, de l'Éducation Nationale et de la Recherche

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IRaMuTeQ : Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

IRTS : Institut Régional du Travail Social

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique

LMD : Licence-Master-Doctorat

MCF : Maître de Conférences

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MESRI : Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

MFE : Mémoire de Fin d'Études

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPO : Pédagogie Par Objectifs

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur Certifié

PU : Professeur des Universités

RésIDoc : Réseau des Infirmiers Docteurs

SMIC : Salaire Minimum de Croissance

SPMC : Séquence Pédagogique en Milieu Clinique

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TD : Travaux Dirigés

TP : Travaux Pratiques

TPG : Travaux Personnels Guidés

UE : Unité d'Enseignement

UFR : Unités de Formation et de Recherche

UI : Unité d'Intégration

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

VAP : Validation des Acquis Professionnels

SOMMAIRE

Remerciements	1
Résumé	2
Liste des abréviations et des acronymes	3
Sommaire	5
Introduction	9
Partie I Contexte de la recherche	13
1. Approche historique.....	14
1.1. De la guérisseuse à l'infirmière diplômée d'État.....	14
1.2. Du gardien de fous à l'infirmier de secteur psychiatrique	20
1.3. De la monitrice au formateur à travers les différents programmes de formation	23
2. Le formateur IFSI.....	38
2.1. La dénomination du formateur IFSI : une difficulté terminologique.....	38
2.2. Un segment du groupe professionnel des cadres de santé avec une professionnalisation inachevée.....	40
2.3. Une population mal définie	42
2.4. Parcours professionnel antérieur du formateur IFSI.....	43
2.5. Cartographie des IFSI et impact du référentiel de 2009 en termes de gouvernance	44
2.6. Les activités et compétences du formateur IFSI.....	45
2.7. Les relations professionnelles du formateur IFSI	49
3. Le processus d'universitarisation de la formation infirmière en France	52
3.1. Genèse de l'universitarisation de la formation infirmière : le processus de Bologne.....	52
3.2. La poursuite du processus d'universitarisation.....	56
3.3. État des lieux européen de l'universitarisation de la formation infirmière	63

Partie II Cadre conceptuel.....	67
1. Université et universitarisation	68
1.1. L'Université d'hier à aujourd'hui	68
1.2. L'universitarisation	75
2. Le concept d'identité	85
2.1. Les origines philosophiques de l'identité	86
2.2. Une vision psychologique de l'identité	88
2.3. Regard sociologique sur l'identité	92
3. L'identité professionnelle	101
3.1. De l'identité au travail à l'identité professionnelle	101
3.2. Les formes identitaires.....	106
3.3. Les dynamiques identitaires : entre projet de Soi, tensions identitaires, stratégies identitaires et transitions professionnelles	112
4. Problématique et hypothèses de recherche	124
4.1. Choix du cadre conceptuel	124
4.2. Du questionnement initial aux hypothèses de recherche	125
Partie III Méthodologie de la recherche : deux démarches complémentaires	130
1. Démarche quantitative	132
1.1. Élaboration du questionnaire	132
1.2. Pré-test, mode de passation et retours	142
1.3. Méthode d'analyse des données	145
2. Démarche qualitative	146
2.1. Choix de l'outil et présentation du guide d'entretien	146
2.2. Recueil de données	149
2.3. Méthodes d'analyse du corpus	154
Partie IV Résultats.....	158
1. Analyse quantitative.....	159
1.1. Le processus biographique : un changement dans la continuité	159
1.2. Le processus relationnel : une reconnaissance incertaine	188

1.3.	Vers une typologie des formateurs IFSI	216
1.4.	Conclusion de l'analyse quantitative	240
2.	Analyse qualitative	244
2.1.	Analyse lexicométrique	244
2.2.	Analyse verticale entretien par entretien	255
2.3.	Analyse thématique horizontale	352
3.	Synthèse des résultats et retour sur les hypothèses	371
3.1.	Le processus biographique des formateurs IFSI	371
3.2.	Le processus relationnel des formateurs IFSI	374
3.3.	La perception du processus d'universitarisation des formations paramédicales	378
	Partie V Discussion et interprétation des résultats	382
1.	Analyse des limites de ce travail	384
1.1.	L'inclusion du chercheur dans l'objet de recherche	384
1.2.	Des échantillons quantitatif et qualitatif non représentatifs	385
1.3.	Retour sur le cadre théorique	386
2.	Perspectives d'évolution identitaire des formateurs IFSI	388
2.1.	Vers une double déségmentation professionnelle pour les formateurs IFSI ? ...	388
2.2.	Vers des dynamiques de gestation identitaire des formateurs IFSI ?	390
2.3.	Vers le développement des sciences infirmières ?	392
2.4.	Vers la reconnaissance professionnelle ?	394
	Conclusion	397
	Bibliographie	401
	Table des matières	425
	Liste des figures	435
	Liste des graphiques	436
	Liste des tableaux	442
	Annexes	443
	Table des annexes	444

Annexe 1. Questionnaire	445
Annexe 2. Entretien d'Aurore	456
Annexe 3. Entretien de Bertrand	481
Annexe 4. Entretien de Christine.....	502
Annexe 5. Entretien de Dorothée	517
Annexe 6. Entretien d'Emmanuelle	539
Annexe 7. Entretien de Flore	555
Annexe 8. Entretien de Géraldine	574
Annexe 9. Entretien d'Huguette	596
Annexe 10. Entretien d'Irène.....	619
Annexe 11. Entretien de Janine	632
Annexe 12. Entretien de Karen	651
Annexe 13. Entretien de Louis	666
Annexe 14. Entretien de Marie.....	685
Annexe 15. Entretien de Noémie	702
Annexe 16. Entretien d'Olivia	720

INTRODUCTION

La profession infirmière a considérablement évolué au cours des siècles, en lien avec l'Histoire et avec la modification des besoins de santé de la population. De la guérisseuse originelle, en passant par la Sœur qui agit par vocation, pour arriver à l'infirmier¹ d'aujourd'hui autonome en partie dans son exercice professionnel (Collière, 1982), la formation infirmière a dû s'adapter à ces changements et gagner en responsabilité et en indépendance. Cette formation s'est réalisée par le biais d'une transmission orale intergénérationnelle, jusqu'à la fin du XIXème siècle (*Ibid.*). Puis elle a été entièrement placée sous l'autorité du corps médical, avant de devenir progressivement au cours du XXème siècle une formation réalisée par des pairs dont la responsabilité incombe donc à des infirmiers (Boudier, 2006). Durant le XXème siècle, la terminologie pour désigner les personnes en charge de l'apprentissage des futurs infirmiers a évolué (Poisson, 2010). Nous sommes passés en quelques années de la monitrice, à l'enseignante, puis à la formatrice (ou plutôt formateur en lien avec la masculinisation de la profession infirmière). Actuellement dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), tous les formateurs² sont issus de la filière infirmière et cadres de santé (ou en passe de le devenir à court terme). Différents programmes de formation infirmière se sont succédés depuis la Seconde Guerre mondiale avec un accroissement de la durée des études et une formation de plus en plus placée sous la responsabilité de pairs (Siebert, 2003), pour en arriver aujourd'hui à une relative indépendance vis-à-vis du corps médical.

Le dernier référentiel de formation issu de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier découle, d'une part de l'évolution des besoins de santé de la population et de son impact sur la profession infirmière, et d'autre part de l'universitarisation de la formation infirmière consécutive aux accords de Bologne de 1999. Les besoins de santé de la population française se sont modifiés au fil du temps : l'augmentation de l'espérance de vie a fait évoluer les prises en charge de pathologies vers des prises en charge de polyopathologies (liées à l'âge, à la dépendance et aux maladies chroniques). En lien direct avec l'augmentation de l'espérance de vie, les progrès de la science ont conjointement permis un accroissement exponentiel de nouvelles techniques de soins. Ces dernières apparaissent dorénavant aux soignants pendant leur exercice professionnel, donc à distance de leur formation initiale, et ils doivent être capables de les adopter, de se les approprier (Coudray & Gay, 2009). Les accords de Bologne signés le 19 juin 1999 par les Ministères de l'Éducation de vingt-neuf pays européens, dont la France, engagent ceux-ci dans une restructuration des études supérieures, afin d'harmoniser celles-ci par le biais notamment de l'universitarisation. Depuis septembre 2009, le dernier programme de formation infirmière a donc été mis en place pour répondre à

¹ Lire indifféremment infirmier ou infirmière

² Lire indifféremment formateur ou formatrice

l'évolution des besoins de santé et à ses conséquences sur l'exercice infirmier tout en s'inscrivant dans un dispositif universitaire. Ce programme est bâti sur trois référentiels : un référentiel d'activités, un référentiel de compétences (construit à partir du référentiel d'activités), un référentiel de formation (construit à partir du référentiel de compétences). La formation infirmière a évolué d'une logique de transmission de contenus à une logique d'acquisition de compétences. Cette dernière devant permettre aux étudiants infirmiers « d'apprendre à apprendre », et d'être ainsi capables de s'adapter à toutes les évolutions qui vont survenir après leur formation initiale.

Le programme de formation infirmière est réparti en semestres, comme cela est le cas à l'Université. Ces derniers, au nombre de six, permettent l'acquisition de 180 ECTS (*European Credits Transfer System*) au total (soit 30 ECTS par semestre) par le biais de la validation d'Unités d'Enseignement (UE) reliées aux compétences infirmières, et de stages. Ce dispositif a fait entrer le diplôme infirmier dans le système Licence, Master, Doctorat (LMD) avec un grade licence, correspondant à 180 ECTS.

Le processus d'universitarisation des formations paramédicales s'est poursuivi et a notamment abouti à la fin de l'année 2019 (décret n° 2019-1107 du 30 octobre) à la création de la discipline des sciences infirmières au sein du Conseil National des Universités (CNU). Jusqu'alors, faute de discipline universitaire dédiée, le passage par les trois cycles du LMD n'était pas possible pour les infirmiers, si ce n'est en s'orientant vers d'autres disciplines (sciences de l'éducation et de la formation, sciences de gestion, santé publique...).

Diplômé d'État infirmier, nous avons exercé pendant dix ans en unités de soins psychiatriques où nous avons accompagné des personnes en proie à divers troubles mentaux. Rapidement nous nous sommes également engagé dans l'accompagnement des étudiants en stage. Notre orientation professionnelle vers la formation en IFSI au début de l'année 2010 a été marquée par un bouleversement important au niveau de notre identité professionnelle : d'infirmier diplômé d'Etat en unité de soins psychiatriques avec une mission transverse de formateur de terrain, nous devenions donc infirmier faisant fonction de cadre formateur en IFSI. Nous avons alors une représentation des formateurs IFSI qui correspondait essentiellement à nos souvenirs d'étudiant en soins infirmiers (ESI) puis à nos rencontres lors de leurs venues dans notre service d'exercice pour les mises en situation professionnelle (MSP) des ESI. Nous les percevions essentiellement comme des transmetteurs de savoirs théoriques. De plus, nous n'avions pas anticipé la difficulté que nous allions avoir à nous identifier à des modèles professionnels comme cela avait pu être le cas lors de nos différentes

prises de poste précédentes. En effet, au-delà du caractère encore flou que représentait pour nous la profession de formateur IFSI, l'identité professionnelle des cadres formateurs IFSI nous paraissait avoir été touchée par le récent référentiel de formation. Nous percevions chez nos nouveaux collègues des difficultés à se positionner, à se construire une nouvelle identité professionnelle en rapport avec celle prescrite par ce référentiel. Il nous semblait que le passage d'une logique de transmission de contenus à une logique d'accompagnement dans l'acquisition de compétences n'avait pas été sans conséquence pour les formateurs IFSI d'un point de vue identitaire. Ces difficultés identitaires, perçues *a posteriori* chez nos collègues et nous-même, nous ont donné envie de travailler, dans le cadre de notre mémoire de master réalisé lors de notre formation pour devenir cadre de santé (CDS), sur la question de l'évolution de l'identité professionnelle des formateurs IFSI au regard de la mise en place du nouveau référentiel de formation.

Ce travail de thèse s'inscrit dans la continuité de cette recherche de master. Il a pour objet l'étude des évolutions identitaires de personnes qui forment d'autres personnes à leur ancienne profession à travers l'exemple des infirmiers qui sont devenus formateurs en soins infirmiers, dans le contexte du processus d'universitarisation des formations paramédicales.

Notre thèse se compose de cinq parties :

- La première partie s'intéresse au contexte de la recherche à travers une approche historique de la fonction et de la formation infirmière, une présentation du formateur IFSI actuel et un regard sur le processus d'universitarisation de la formation infirmière ;
- La deuxième partie expose le cadre conceptuel en développant l'Université et l'universitarisation, l'identité et l'identité professionnelle, puis aborde la problématique et les hypothèses de recherche en justifiant le choix du cadre conceptuel ;
- La troisième partie se consacre à la méthodologie de recherche en présentant les deux démarches complémentaires, quantitative et qualitative, choisies ;
- La quatrième partie relate les résultats de la recherche ;
- La cinquième partie rend compte de l'interprétation des résultats et de la discussion que nous en proposons.

PARTIE I
CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1. Approche historique

Au cours des siècles, la profession infirmière s'est fortement développée, en interaction bien évidemment avec l'Histoire et avec également l'évolution des besoins de santé de la population. De la guérisseuse d'origine, en passant par la Sœur qui agit par vocation en soignant sur les plans corporel et spirituel, pour arriver à l'infirmier d'aujourd'hui autonome en partie dans son exercice professionnel (Collière, 1982), la formation infirmière a dû s'adapter à ces changements et gagner en responsabilité et en indépendance. Les prises en soin physique et psychique se sépareront par la suite, donnant ainsi naissance à deux diplômes différents (celui d'infirmier diplômé d'État (IDE) et celui d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) qui seront réunis lors du programme de formation infirmière de 1992. À travers cette approche historique, dans un premier temps, nous nous intéresserons à la genèse de l'IDE, puis dans un deuxième temps, à celle de l'ISP spécialisé dans la prise en charge psychique des personnes. Enfin nous examinerons les différents programmes de formation infirmière en ayant un regard attentif à la place des formateurs dans ceux-ci, tout en soulignant les évolutions de la formation de ces formateurs. Les professions d'infirmier et de formateur en soins infirmiers sont étroitement liées, c'est pourquoi l'évolution du rôle du formateur en soins infirmiers ne saurait être abordée qu'au regard de la profession concernée. En effet, « l'Histoire permet de connaître le passé, de comprendre le présent et, si elle ne permet pas de prédire l'avenir, elle le nourrit de sa représentation » (Jovic, 2012, p. 5).

1.1. De la guérisseuse à l'infirmière diplômée d'État

1.1.1. À l'origine du soin somatique

« L'acte de soin depuis l'origine des temps est un acte de vie et toute personne qui aide une autre personne à conserver la vie, lui apporte des soins » (Duboys Fresney & Perrin, 2002, p. 7). Ainsi l'acte de soigner remonte aux origines de l'humanité et la pratique des soins est une des plus vieilles de l'Homme. Elle était principalement dévolue aux femmes :

« Pendant des milliers et des milliers d'années, la pratique des soins courants, c'est-à-dire de tous les soins qui entretiennent la vie de tous les jours, se rattache fondamentalement aux activités de la femme » (Collière, 1982, pp. 37-38). Les soins consistaient alors pour les femmes à maintenir, à développer la vie et à faire reculer la mort. Ainsi les soins au corps et aux pratiques alimentaires leur étaient réservés alors que d'autres plus physiques l'étaient aux hommes. Il apparaît que le prendre soin était un savoir transmis oralement de génération en génération, doublé d'un savoir expérientiel, athéorique :

Les femmes ont toujours été des soignantes. Elles furent les médecins et anatomistes sans titres de l'histoire de l'Occident. Elles étaient avorteuses, infirmières et conseillères. Elles étaient pharmaciennes, cultivant les plantes médicinales et partageant les secrets de leurs utilisations. Elles étaient sages-femmes, se déplaçant de maison en maison et de village en village. [...] Pendant des siècles, les femmes furent des médecins sans diplôme, interdites d'accès aux livres et aux cours, apprenant les unes des autres, et se transmettant leur expérience de voisine à voisine et de mère à fille (Ehrenreich & English, 2015, p. 29).

Du Vème au XIIIème siècle, l'influence grandissante de l'Église aura des conséquences sur les soins, tout comme l'émergence de la médecine, qui sera également contrôlée par l'Église. Cette dernière considèrera que seuls les corps purs comme ceux des religieuses peuvent prodiguer des soins et l'entrée en école de médecine sera interdite aux femmes. Ce nouveau savoir plus scientifique, plus théorique, qui deviendra écrit viendra s'opposer à l'antique savoir des guérisseuses basé sur une transmission orale intergénérationnelle. Les femmes guérisseuses seront alors assimilées à des sorcières car « la formidable accumulation de leur savoir leur confère un pouvoir de plus en plus considérable sur le sort et sur la vie des gens » (Collière, 1982, p. 46). Ce pouvoir étant interprété « comme une véritable menace au pouvoir spirituel et temporel de l'Église et aux détenteurs de la médecine "savante" » (*Ibid.*).

Ainsi soigner devient un acte réservé aux ordres religieux féminins et en même temps une fonction sociale reconnue :

La première fonction soignante repérée au niveau des ordres religieux coexiste avec l'apparition du mot "infirmier", d'*enfermier* (1398), dérivé de l'*enfermerie* (1288), l'adjectif *infirm*e était apparu vers 1247. L'infirmier était un servent laïc, qui prenait soin des blessés. L'appellation "enfermière" ou "infirmière" [...] désigne la sœur chargée des soins (Boudier, 2006, p. XX).

L'hôpital, originellement Hôtel-Dieu lieu d'hébergement et d'assistance où l'on accueillait pour l'amour de Dieu, devient progressivement un lieu de soins plus technique, plus scientifique.

Nous relevons que les savoirs du soin font déjà l'objet d'un enjeu social important. La pratique du soin implique des composantes identitaires fortes qui vont perdurer : savoirs de femmes et de religieuses notamment.

1.1.2. Des premiers enseignements à la reconnaissance de la profession infirmière

La première structuration d'une formation apparaît en 1633 avec la création par Saint Vincent-de-Paul de la Compagnie des Filles de la Charité. Certaines sœurs seront alors chargées des soins, d'autres de l'enseignement (Boudier, 2006).

Suite à la Révolution française en 1789, l'hôpital devient laïc et nationalisé. L'arrivée de personnel infirmier laïc est difficile tant les religieuses occupent une place importante à l'hôpital tout en étant une main d'œuvre peu coûteuse. Cette laïcisation des personnels hospitaliers conjuguée aux progrès médicaux et thérapeutiques entraîne l'obligation d'un personnel soignant qualifié. La nécessité d'une formation s'impose alors.

C'est au début du XIX^{ème} siècle que le médecin, élément alors extérieur à l'hôpital, « commence à prendre le pas sur le personnel religieux et à lui confier un rôle déterminé mais subordonné dans la technique de l'examen ; apparaît alors la catégorie de "l'infirmier" » (Foucault, 1993, p. 218). L'hôpital qui jusqu'alors était un lieu d'assistance devient un lieu de formation et de constitution de savoirs (*Ibid.*).

Les premières tentatives de formation du personnel soignant mises en place avant 1878 échoueront (Leroux-Hugon, 1992).

En 1878, le Docteur Bourneville, anticlérical farouche qui souhaite remplacer le personnel religieux par un personnel laïc et plus instruit, ouvre deux écoles dans les hôpitaux de l'Assistance Publique. L'école de la Salpêtrière est la première école ouverte pour former les femmes, et quelques mois après, l'école de Bicêtre sera réservée à la formation des hommes (Poisson, 1998). Le Docteur Bourneville met en place une formation, sanctionnée par un diplôme d'école en 1883. Cette formation, d'une durée d'un an, est constituée de cours théoriques et pratiques. Le programme d'enseignement est commun aux services médicaux et aux services d'aliénés (Giesberger, 1994) : « ces écoles sont le berceau de la profession infirmière, aussi bien en médecine générale qu'en psychiatrie » (Dubois Fresney & Perrin,

2002, p. 14). Les infirmières sont considérées comme des auxiliaires médicales et l'enseignement est en conséquence. Les cours théoriques sont dispensés par le corps médical à des jeunes filles illettrées et « des cours de morale prônent obéissance, dévouement et soumission aux médecins et à l'administration » (Jeanguiot, 2006, p. 83). Les cours pratiques sont assurés par des maîtresses de l'enseignement pratique, qui reprennent les cours théoriques lors des pratiques. Ces maîtresses de l'enseignement pratique, qui seront les futures monitrices d'école d'infirmières, assurent le suivi pédagogique, le contrôle continu des connaissances qui permet l'obtention du diplôme. Celui-ci est « acquis non pas par un examen final, mais par l'assiduité aux cours et après avoir obtenu la moyenne à l'une des deux ou trois "compositions" que les élèves ont obligatoirement à rédiger dans l'année, sur chacun des cours dispensés » (Giesberger, 1994, p. 48). Ainsi le personnel, qui était recruté parmi les classes populaires, restait peu instruit, car il n'était pas obligé d'assister à tous les cours et le diplôme n'était pas nécessaire pour exercer. Ces jeunes femmes sont peu rémunérées et vivent dans des conditions extrêmes, dévalorisées par les médecins et l'administration : « La population infirmière s'affranchit de l'Église en se plaçant sous la dépendance des médecins » (Jeanguiot, 2006, p. 83). Sa fonction ne se définit pas par rapport au malade, mais par rapport au médecin dont elle est l'assistante.

La loi du 15 juillet 1893 instituant l'assistance médicale gratuite met l'État dans l'obligation d'aider à l'organisation d'écoles d'infirmières. Puis la circulaire du 17 juillet 1899 stipule la création d'au moins une école d'infirmières, dans chacune des villes où siège une faculté ou une école secondaire. Dans l'avant-propos de la circulaire du 28 octobre 1902 qui réaffirme la création des écoles d'infirmières, Émile Combes, président du Conseil des ministres, distingue personnel servant et personnel soignant en stipulant que « plus la science progresse, plus apparaît l'importance du rôle de l'infirmière ; plus aussi il devient manifeste que, pour remplir ce rôle, le bon vouloir, le dévouement, l'abnégation même ne suffisent pas ; il faut de plus une instruction technique » (cité par Charles, 1979, p. 100). Mais le passage par une école d'infirmières n'est toujours pas obligatoire. Tous les personnels hospitaliers débutant dans des postes de service peuvent, au bout d'un an, être titularisés comme infirmiers ou infirmières. Quelques années plus tard, le diplôme d'infirmière deviendra obligatoire uniquement pour accéder au grade de surveillante. La circulaire Combes marque la reconnaissance officielle de la carrière d'infirmière. La formation dure maintenant deux années. Les cours théoriques sont toujours assurés par les médecins et il existe deux sortes de monitrices. La monitrice dite « de cours » qui « restait à l'école et suivait tous les cours sur une estrade assise à côté de celui qui donnait l'enseignement ; puis elle reprenait ces cours, les retravaillait et les répétait aux élèves » (Boudier, 2006, p. XXXII). Et la monitrice dite « de

stage » qui en tant que « responsable de l'enseignement en stage avait pour mission d'aller sur le terrain plus de trois jours par semaine avec les élèves ». (*Ibid.*). Ce faisant, elle « prenait en charge des malades au même titre que le personnel infirmier. Elle assurait ainsi journalièrement une formation de qualité réactualisée auprès des élèves » (*Ibid.*). Un temps de présence aux cours est devenu nécessaire pour valider les études. Cette séparation des enseignements entre la théorie et la pratique marque le début de l'alternance dans la formation infirmière. L'infirmière est maintenant une soignante et n'est plus confondue avec la servante qui assure le ménage et la cuisine. Mais elle reste la subordonnée du médecin.

En 1900, le Docteur Anna Hamilton soutient une thèse en doctorat de médecine qui s'intitule « Considérations sur les infirmières des hôpitaux » et qui traite du statut des infirmières en France. Les religieuses y sont décrites comme dévouées, mais hostiles au progrès et les infirmières issues des écoles du modèle républicain du Docteur Bourneville sont identifiées comme provenant des basses classes, souvent illettrées et sans compétence. Elle crée donc une école privée à Bordeaux inspirée du modèle anglais d'origine protestante de Florence Nightingale, en ayant pour principe de « soigner le malade avant tout en tenant compte de son environnement et non pas seulement de sa maladie » (Magnon, 2001, p. 24). Elle recrute pour celle-ci des jeunes femmes avec un niveau scolaire et social élevé et préférera l'appellation d'assistante hospitalière à celle d'infirmière, « introduisant dans cette expression une notion de collaboration avec le médecin au lieu de la subordination traditionnelle » (Jeanguiot, 2006, p. 86). Cette formation dure deux années et son programme servira de référence lors de la mise en place d'un programme unique en 1922 (*Ibid.*).

Après la Première Guerre Mondiale, Léonie Chaptal, diplômée « dame infirmière surveillante », participe à la création d'écoles privées et à la conception des programmes nationaux. Elle prône la formation des infirmières par leurs pairs. L'enseignement ne doit pas reposer uniquement sur la connaissance des pathologies (qui est du domaine médical), mais également sur la connaissance du malade dans sa globalité : « La maladie c'est la science du médecin ; le malade c'est l'art de l'infirmière » (Magnon, 1991, p. 150). La formation dure deux ans, a pour base les stages et introduit les premières notions de prévention et d'éducation à la santé, qui seront intégrées dans le programme de 1972 (Jeanguiot, p. 86). Reliant un « courant chrétien catholique et l'intervention publique dans le domaine de la santé » (*Ibid.*), Léonie Chaptal développe une action ambivalente avec une émancipation d'un côté (acquisition de savoirs, formation par les pairs) associée à un dévouement et à une obéissance au corps médical symbolisés par la définition suivante de l'infirmière : « Supporter toutes les responsabilités, et, docile, au port d'armes devant le "chef", [...] la servante attentive et

prévenue qui, sans jamais dépasser les limites de son domaine permis, saura remplir exactement le rôle d'auxiliaire du médecin, qui est le sien » (Chaptal, 1924, p. 392).

Ainsi pendant cinquante années, entre 1900 et 1950, trois groupes infirmiers (public, privé et religieux) issus de classes sociales différentes coexisteront avec un niveau de formation disparate et des conceptions différentes de leur engagement (Mordacq, 1972). En effet pour les infirmiers du public, le choix du métier est lié par la nécessité de gagner sa vie. Pour les infirmiers du privé, leur choix « semble venir du désir d'exercer une profession de service reconnue honorablement, mais parfois avec le projet de ne l'exercer qu'en attendant de se marier » (*Ibid.*, p. 18). Enfin pour les religieuses, le choix du métier provient d'un engagement personnel conclu par des vœux (*Ibid.*). Cependant cette population infirmière féminine présente des points communs : pas ou peu de compensation financière, un fonctionnement basé sur l'obéissance et, hormis pour le groupe privé, une faible valeur attachée à la formation professionnelle (*Ibid.*). Sous l'impulsion de Léonie Chaptal, le décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles paraît. Il permettra quelques années plus tard de porter le titre d'infirmière diplômée de l'État français, mais qui n'est toujours pas nécessaire pour exercer. Le programme d'enseignement des différentes écoles devient commun, ce qui n'était pas le cas auparavant. La formation dure vingt-deux mois et est centrée sur le malade. Elle est assurée en partie par des médecins et en partie par des monitrices. Le rôle de ces dernières est ainsi défini : « La monitrice sera une enseignante, une répétitrice pour la partie théorique, elle doit organiser l'enseignement de façon à former un tout : pratique – théorique – formation morale. La formation morale soutenant et éclairant sans cesse l'enseignement théorique et pratique » (Fumey, 1936, p. 222). Les monitrices doivent familiariser la future infirmière avec tout un ensemble de procédures au niveau des soins d'hygiène, des soins médicaux, de conduites à tenir...

En 1942, le régime de Vichy reconnaît la nécessité de la formation infirmière par des pairs en tentant de créer un diplôme d'État de monitrice des écoles d'infirmières qui, bien que validée après la Libération, ne verra le jour qu'en 1958. La loi du 15 juillet 1943, relative à l'organisation et à l'exercice de la profession d'infirmières hospitalières, donne obligation de pouvoir justifier d'un diplôme d'infirmière pour être recruté, et ce dans un délai maximal de trois ans. Cette loi définit également l'infirmière pour la première fois : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits et conseillés par un médecin ».

L'apparition puis la généralisation de l'utilisation des antibiotiques auront pour conséquence d'amener les soins infirmiers vers davantage de technicité (Boudier, 2012). Certains actes réalisés exclusivement par les médecins seront délégués aux infirmiers (injections, perfusions, prélèvements veineux...). Ce déplacement de la profession infirmière vers davantage de technicité sera accentué par des difficultés de recrutement dans les écoles qui conduiront à la création du statut d'aide-soignante en 1949 (Jeanguiot, 2006).

Jusqu'alors la formation pratique des infirmières novices s'effectuait bien souvent "sur le tas" par des infirmières plus expérimentées. En lien avec les changements énoncés ci-dessus apparaît « la nécessité d'un personnel qualifié pour former les infirmières » (Boudier, 2005, p. 41). Avant d'aborder plus en détail les évolutions de la formation infirmière après la Seconde Guerre mondiale, nous allons maintenant nous intéresser à l'histoire de la prise en soin infirmière psychique des individus.

1.2. Du gardien de fous à l'infirmier de secteur psychiatrique

1.2.1. Émergence du gardien de fous

Historiquement la maladie mentale est liée au christianisme et au désordre moral. La folie est soit d'origine surnaturelle (possession diabolique), soit d'origine naturelle (désespoir amoureux, deuil, souffrance). Le fou est en général attaché, mais non isolé, afin de protéger les proches tout en le maintenant dans la communauté. La folie avait sa place dans la cité et le fou y était reconnu : fou du roi, idiot du village (Bender, 2012). L'édit royal promulgué par Louis XIV le 27 avril 1656 instaure la création d'une institution vouée à l'assistance des pauvres appelée Hôpital Général afin de supprimer la mendicité dans les rues de Paris. C'est le Grand Renfermement où sur ordre du Roi sont indistinctement accueillis à l'Hôpital Général les gueux, les vagabonds, les libertins et les insensés (Foucault, 1976). L'esprit se veut charitable, mais au prix de la liberté individuelle. Le but n'est plus de maintenir dans la communauté, mais d'isoler. Les fous furieux sont enfermés dans d'étroits cachots, immobilisés par des camisoles de force et des chaînes fixées aux murs avec l'idée que plus la contention est douloureuse, meilleur sera le résultat. L'augmentation de ces institutions, associée à une pénurie de religieuses qui y travaillaient, a entraîné une laïcisation qui a conduit à l'apparition

à la fin du XVIIIème siècle de « la classe dangereuse des "gardiens de fous" » (Jaeger, 2016, p. 104). Ces derniers sont peu différenciés des gardiens de prison et sont décrits individuellement comme « aussi malade que les malades, ignare, brutal » (*Ibid.*). Conjointement les aliénés se distinguent des autres personnes enfermées tout comme les gardiens de fous se différencient des gardiens de prison. Ce sont des anciens malades, sujets aux rechutes, illettrés qui ont un « rôle d'exécution, de soumission et d'obéissance aux médecins » (Bender, 2012, p. 1) semblable au modèle religieux. La Révolution française amènera une distinction entre le fou et le prisonnier ordinaire et le début de la disparition des religieuses de l'Hôpital Général qui deviendra bientôt asile.

1.2.2. De la libération des aliénés aux premières écoles d'infirmières d'asile

Dans la lignée des idées véhiculées par la Révolution française le Docteur Philippe Pinel instituera le traitement moral, donnant ainsi au fou un statut de sujet. Le traitement moral est un code de déontologie, fondé sur le principe de l'humanisation des soins et d'une action éducative, qui exclut les contentions à moins d'agitation extrême et où l'isolement est utilisé comme une alternative dans un but non punitif. Le malade doit devenir responsable de lui-même. L'origine du traitement moral de Pinel repose sur l'observation d'un infirmier, Jean-Baptiste Pussin qui démontre de façon pratique les bienfaits de la liberté sur les fous furieux. Ainsi comme le démontre Swain (1997), Pussin fut le premier à libérer le fou de ses chaînes à Bicêtre. La reprise de ce geste par Pinel et par son élève Esquirol donnera naissance à la psychiatrie et à la loi du 30 juin 1838, dite « Loi des aliénés », qui restera valide pendant plus de cent-cinquante ans. Elle instaure la création d'un asile par département et de meilleures conditions d'internement des malades. À partir de cette loi, les gardiens ne seront plus recrutés parmi les anciens aliénés, le terme d'infirmier se substitue à celui de gardien, puis le remplace (Jaeger, 2017a). Une formation pour ces infirmiers devient une nécessité (Jaeger, 2017b).

Comme évoqué auparavant, le Docteur Bourneville obtient l'ouverture des deux écoles d'infirmières de la Salpêtrière et de Bicêtre en 1878. Ces écoles sont communes à l'enseignement des soins généraux et psychiatriques (Giesberger, 1994) et la formation dispensée est basée sur un enseignement technique et pratique d'un an. Elle est composée de cours du soir d'anatomie, de physiologie, d'hygiène, de pansements, de petite pharmacie

et d'administration. Mais comme précédemment, le diplôme délivré reste facultatif pour exercer.

Durant l'ensemble du XIX^{ème} siècle, l'infirmier-gardien est assimilé au domestique par sa hiérarchie et à l'aliéné dans l'imagerie populaire, tout en étant assujéti au célibat (Jaeger, 2017a). Sa dépendance à son institution est totale avec un service permanent : l'infirmier-gardien dort dans le quartier asilaire où il travaille et son temps de repos n'est pas réglementé (*Ibid.*). La fonction de « maîtrise corporelle des symptômes de la folie » (*Ibid.*, p. 114) remplie par les infirmiers-gardiens les rend indispensables tout en entraînant des actes de violence et de contre-violence chez les aliénés et chez les infirmiers. Au début du XX^{ème} siècle, la féminisation du personnel est mise en place pour pacifier l'asile, les femmes étant « supposées faire preuve de plus de bienveillance, de charité et de dévouement » (*Ibid.*, p. 115).

Comme lors de l'apparition des antibiotiques dans la médecine générale, l'arrivée de nouvelles techniques de soins (comme l'hydrothérapie et l'électrothérapie) rend la formation infirmière de plus en plus nécessaire, car le médecin ne peut plus seul assurer tous les soins (Jaeger, 2017b).

L'arrêté préfectoral du 4 avril 1907 crée le diplôme d'infirmier psychiatrique départemental, qui n'est pas nécessaire pour exercer. La formation se déroule dorénavant sur trois années. La circulaire du même jour stipule le passage de l'état de gardien à l'état d'infirmier de secteur départemental diplômé en psychiatrie. Quelques années plus tard, l'arrêté du 26 mai 1930, relatif à l'uniformisation de la situation du personnel infirmier des asiles au niveau national, décrit une formation facultative de trente-six mois d'études à répartir sur cinq ans, permettant de porter le titre d'infirmier des asiles d'aliénés diplômé de l'État français. Cette formation comprenait cinquante-sept cours théoriques et des stages de médecine, de chirurgie, de pharmacie et de psychiatrie. Pour la première fois, l'encadrement des futurs infirmiers devait être réalisé par des moniteurs et monitrices diplômés et désignés par le médecin-chef alors qu'aucune structure de formation pour les moniteurs ou monitrices n'existait à l'époque (Damas-Agis, 1984). Ces programmes de formation ne seront jamais vraiment mis en pratique et le programme de 1955 sera véritablement le premier à être largement appliqué (Perrin-Niquet, 2010).

1.3. De la monitrice au formateur à travers les différents programmes de formation

Nous allons maintenant revenir sur les différents programmes d'études infirmières de l'Après-Guerre, relatifs aux soins somatiques ou aux soins psychiatriques, en les contextualisant puis en les examinant au regard des contenus et des conceptions pédagogiques affichés et enfin en soulignant le rôle du formateur à travers eux. En parallèle, nous énoncerons les évolutions de la formation des formateurs.

1.3.1. Le programme des études IDE de 1951 et l'instauration du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice en 1958

Ce programme des études infirmières intervient dans le contexte de l'Après-Guerre. L'hôpital est en pleine mutation suite aux progrès scientifiques et sociaux. Le médecin a désormais un rôle social important et son influence est considérable. La médecine s'est spécialisée provoquant une hypertechnicité du soin, en partie déléguée aux infirmiers, qui nécessite un approfondissement des connaissances infirmières entraînant un nouveau programme de formation et la création de spécialisations (Dubois Fresney & Perrin, 2002). Défini par l'arrêté du 18 Septembre 1951 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages des études préparatoires aux diplômes d'État d'infirmier ou d'infirmière, d'assistant ou d'assistante de service social, ce programme dure deux ans et se déroule en alternance. La première année est commune aux élèves infirmières, assistantes sociales et sages-femmes. L'enseignement clinique a lieu le matin lors des stages et est délivré par les monitrices. L'enseignement théorique se déroule l'après-midi à l'école et il est dispensé par les médecins, exceptée la partie pharmaceutique qui l'est par les pharmaciens. Les rôles des monitrices sont, selon le programme de 1951, d'assurer :

- Une fonction de « répétiteur » de l'enseignement dispensé par les médecins, les chirurgiens et les pharmaciens pendant les cours [...];
- Une fonction d'apprentissage des techniques des soins gestuels ;
- Une activité de contrôle des élèves (Siebert, 2003, p. 22).

Parallèlement en 1951 la première école des cadres infirmiers voit le jour à Paris à l'initiative de la Croix-Rouge. Il s'agit d'une expérience pilote, « deux formations sont alors expérimentées. La première, destinée aux futures surveillantes, est centrée sur les questions d'administration et de gestion. La seconde traite des questions d'enseignement et s'adresse aux futures monitrices » (Poisson, 2010, p. 26). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait en 1955 « le constat de l'absence de "connaissances fondamentales" à propos des "cours de base" des monitrices » (Boudier, 2012, p. 56). La formation des monitrices et des surveillantes ne sera officialisée que sept ans après l'ouverture de la première école par le décret du 14 novembre 1958 qui instituera le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice (CAFIM) et le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante (CAFIS). Il convient de noter que le statut de ces deux corps de métier, ainsi reconnus et officialisés, ne sera fixé que dix ans plus tard par le décret du 10 janvier 1968 relatif au recrutement et à l'avancement des personnels d'encadrement et d'exécution des services de pharmacie, de laboratoire et d'électrocardiologie dans les établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.

1.3.2. Le programme des études ISP de 1955 et la création du certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique en 1970

Marqué par le contexte de l'apparition des premiers médicaments psychotropes en 1952 (Boucher, 1988), l'arrêté du 28 juillet 1955, relatif à la réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques : infirmiers et infirmières, décrit un programme de formation obligatoire conduisant à un diplôme national qui devient nécessaire pour exercer en tant qu'infirmier des hôpitaux psychiatriques. La formation est cependant réalisée en cours d'emploi, en étant répartie sur le temps de travail et sur le temps personnel (Damas-Agis, 1984). Elle dure deux ans et comporte une partie pratique faite de stages et une partie théorique de cent-vingt cours incluant les matières suivantes : médecine, chirurgie, pharmacie, hygiène, anatomie et physiologie, soins particuliers aux malades mentaux, psychiatrie et psychologie, administration et morale professionnelle. Les stagiaires perçoivent un salaire légèrement supérieur au Salaire Minimum de Croissance (SMIC), contrairement aux infirmiers répétiteurs des cours médicaux qui ne sont pas du tout rémunérés

ni formés à cette fonction (*Ibid.*). La responsabilité de l'enseignement est confiée à un médecin nommé directeur technique de l'enseignement.

Le certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique est créé par l'arrêté du 6 mai 1970 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, instituant ainsi un travail de formation à temps complet pour les infirmiers (*Ibid.*). La responsabilité de l'enseignement reste médicale, mais des cours peuvent être confiés aux moniteurs qui dépassent leur statut précédent de répétiteur.

1.3.3. Le programme des études IDE de 1961 : une formation spécifique axée sur la technicité

L'arrêté du 17 juillet 1961, relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages des études préparatoires aux diplômes d'État d'infirmier ou d'infirmière, d'assistant ou d'assistante de service social, voit le jour dans un contexte de développement sans précédent aux niveaux des structures hospitalières et des sciences médicales et sanitaires. La formation dure toujours deux années, est davantage axée sur les techniques infirmières qui sont en plein essor et est maintenant entièrement spécifique à la profession infirmière. Cette période correspond au « début de l'image de l'infirmière technicienne » (Dubois Fresney & Perrin, 2002). Les soins commencent timidement à se centrer sur la relation soignant-soigné. Les cours théoriques sont toujours assurés par les médecins ou les pharmaciens. Les cours pratiques sont dispensés par les monitrices. Ce programme qui est basé sur l'étude de l'homme sain, de son développement physique et psychique, de la protection de la santé à l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique, renforce l'image de l'infirmière technicienne (Jeanguiot, 2006). Soutenus par le corps médical, les groupes infirmiers élaborent un langage commun et un domaine spécifique de compétence autour des soins techniques qui reposent sur des savoirs médicaux (*Ibid.*). Il s'agit là d'une spécificité française, où l'appropriation et la revendication de l'exclusivité d'une technique qui « recouvre surtout les soins pratiques, les gestes et des connaissances médicales abrégées » (Mordacq, 1972, p. 19) permettra aux trois groupes infirmiers (public, privé et religieux) de se rapprocher. Les infirmières s'identifient au médecin en travaillant sous son autorité dans un rôle d'exécution

des soins parfois délégués de façon officieuse. Ainsi le « travail infirmier apparaît comme morcelé en actes techniques, réalisés dans le cadre d'une organisation basée sur le taylorisme » (Jeanguiot, 2006, p. 89) et les soins de nursing et la relation au malade sont progressivement confiés aux aides-soignantes (*Ibid.*). Nous observons une uniformisation du groupe professionnel des infirmiers qui se renforce par le collectif, mais dont l'activité se morcelle en une série d'actes de soins qui les subordonnent au médecin.

Le rôle des monitrices est moins explicite que précédemment dans ce programme. Cependant les méthodes pédagogiques sont énoncées : travaux pratiques, cercles d'études... Nous constatons que « les monitrices ne sont pas reconnues comme ayant une réelle expertise pédagogique, puisqu'il a été jugé nécessaire de leur indiquer les méthodes à utiliser dans certaines de leurs pratiques » (Siebert, 2003, p. 23). Une étude réalisée avant le changement de programme (Lanriec, 1975), montre que les monitrices se décrivent comme exécutantes d'enseignement sans vision globale de la formation. Elles ne participent pas aux épreuves de sélection pour intégrer la formation et peu aux évaluations théoriques assurées par les médecins. Un écart se creuse avec les infirmières des services de soins, car les monitrices « évaluent seules les élèves en stage, lors des mises en situation professionnelle » (Siebert, 2003, p. 24). Les monitrices sont remises en cause par les infirmières, qui leur reprochent « de s'être trop éloignées du terrain et de ne plus exercer ce métier » (*Ibid.*). Dans la littérature professionnelle, le terme d' « enseignante » fait son apparition.

En 1967, la formation des monitrices et des surveillantes est placée sous la responsabilité d'infirmières, et non plus de médecins (Boudier, 2005, 2012).

1.3.4. Le programme des études IDE de 1972 avec une approche globale du soin et la création du Certificat de Cadre Infirmier en 1975

Ce programme, dépendant de l'arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'État d'infirmier, est transitoire et prépare une harmonisation européenne de la durée des études dans un contexte de technicité accrue et du développement des structures extrahospitalières. Il dure dorénavant vingt-huit mois et comprend les enseignements suivants : santé, besoins de santé, soins à la personne soignée, promotion de la santé, éducation à la santé,

responsabilité, service infirmier, méthodes de travail. D'inspiration nord-américaine, il n'est plus construit en termes de pathologies, mais en termes de soins infirmiers. L'approche globale du malade y est présente. Ce programme est davantage centré sur la santé et la personne que sur la maladie comme auparavant. Le niveau d'études requis pour intégrer la formation est le Brevet d'Études du Premier Cycle (BEPC). Les intervenants ne sont plus uniquement médicaux (ou pharmaciens). Une certaine réticence médicale surgit car l'infirmière appréhende désormais des situations de soins à domicile, non plus en tant qu'exécutante médicale mais en autonomie (Jeanguiot, 2006).

Les monitrices semblent davantage reconnues dans ce programme qui fait d'ailleurs « référence aux équipes enseignantes et non plus aux monitrices » (Siebert, 2003, p. 26). En effet, ce programme de formation « n'indique nullement les méthodes ou les moyens qui doivent être utilisés pour tel ou tel type d'enseignement, ce qui laisse supposer qu'une expertise pédagogique est enfin reconnue aux enseignantes des écoles » (*Ibid.*). La monitrice participe dorénavant à la sélection des candidats et a une part plus active dans les évaluations officielles, même si elle reste encore principalement cantonnée aux évaluations pratiques.

Parallèlement, le décret du 9 octobre 1975 vient abolir le décret initial de 1958 et fusionne le CAFIM et le CAFIS en un seul Certificat Cadre Infirmier (CCI). La formation des cadres enseignants et des cadres surveillants devient identique en se basant sur l'idée que le management en unité de soins et l'enseignement des soins infirmiers nécessitent une formation commune (Poisson, 2010). Nous notons qu'à cette période la fonction de formation semble davantage reconnue que la fonction de management. En effet, « les moniteurs et monitrices sont alors choisi(e)s parmi les premiers au concours d'entrée à l'école des cadres » (*Ibid.*, p. 27). La formation dure dix mois et il n'existe alors plus de formation spécifique à la pédagogie.

À cette période se produit une pénurie de personnel infirmier, accentuée par l'allongement des études, ce qui entraîne de nombreuses ouvertures d'écoles et le recours pour la première fois à des infirmières faisant-fonction de monitrices. Ces dernières ont la possibilité d'exercer jusqu'à deux ans, le temps de préparer le concours d'entrée à l'école des cadres. En cas d'échec, elles sont remises à la « disposition des services ». Ces infirmières « faisant-fonction » apprennent le métier de monitrice sans formation préalable, sans reconnaissance statutaire et sans correspondance salariale avec les responsabilités octroyées. Cette pratique bénéficie aux institutions, qui ont perpétué ce fonctionnement non réglementé jusqu'à aujourd'hui (Boudier, 2005, 2012).

1.3.5. Le programme des études ISP de 1973 et la création du Certificat de Cadre Infirmier de secteur psychiatrique en 1976

Même si elle mettra plus d'une décennie à être appliquée, la circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, marque un tournant dans la prise en charge psychiatrique, en étant à l'origine de la disparition de l'asile. Elle met en avant le refus de la ségrégation du malade mental avec une prise en charge précoce extrahospitalière par une équipe pluridisciplinaire en séparant le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. L'hospitalisation devient une alternative et n'est plus qu'un temps dans la prise en charge. C'est dans ce contexte qu'apparaît le programme de formation des ISP de 1973, régi par l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant du secteur psychiatrique. L'accès à la formation est réservé aux personnes âgées de dix-huit à vingt-huit ans. Un examen d'aptitude avec des épreuves écrites et orales, demandant des capacités de réflexion et d'analyse en lien avec l'évolution de la fonction des ISP, devient nécessaire. Une volonté de sélection est présente afin d'élever le niveau de la formation. Il est dorénavant attendu que les ISP ne soient plus de simples exécutants, mais assument certaines responsabilités (Damas-Agis, 1984). Les études se déroulent maintenant sur vingt-huit mois avec 1580 heures de cours théoriques et 50 semaines de stage. Un examen de passage de première en deuxième année est présent, et le diplôme comporte trois épreuves écrites, une épreuve orale et une épreuve pratique. Dans les enseignements, une orientation importante est donnée sur la connaissance de soi et des autres ainsi que sur l'acquisition des méthodes de travail, notamment en groupe. Marquant les prémices de la démarche de soins, l'élève doit maintenant être capable « d'observer, d'analyser une situation de soin, de mettre en œuvre des actions, d'évaluer et de réajuster » (*Ibid.*, p. 54).

Un certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique, instauré par l'arrêté du 22 juillet 1976, vient remplacer le certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. À quelques mois d'intervalle avec les IDE des services généraux, la formation aux fonctions de management et de formation devient commune également pour les ISP.

1.3.6. Le programme des études IDE de 1979 : une reconnaissance au niveau européen

Institué par l'arrêté du 12 avril 1979, ce programme d'études permet la reconnaissance du diplôme d'État d'infirmier au niveau européen suite à la signature d'un accord sur l'instruction et la formation des infirmières le 25 octobre 1967 : la libre circulation des infirmiers diplômés à l'intérieur des États membres est favorisée à la condition de maîtriser la langue du pays d'exercice. Ce programme s'inscrit dans la lignée de la loi du 31 mai 1978, modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du Code de la Santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière, qui donne une nouvelle définition de l'infirmière en introduisant notamment le rôle propre infirmier et la nécessité de posséder un diplôme pour exercer :

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

Le rôle propre, qui est fondé sur une approche globale de la personne, s'oppose à l'image de l'infirmière technicienne en créant un paradoxe. Celui-ci repose sur le fait que « les écrits prônent le "rôle propre infirmier" et la réalité montre une activité infirmière concentrée sur les soins techniques » (Jeanguiot, 2006, p. 88). Cette autonomie induite par le rôle propre infirmier (en opposition au rôle sur prescription médicale) reste peu visible du grand public, qui perçoit toujours l'infirmière comme une auxiliaire médicale (Jeanguiot, 2006). La durée des études passe de vingt-huit à trente-trois mois et la première année devient commune avec les élèves de secteur psychiatrique. Le niveau d'accès aux études augmente également : à partir de 1987, le baccalauréat (ou une équivalence) sera requis pour entrer en formation. Ce programme marque dans la formation infirmière la reconnaissance du rôle propre, l'enseignement de la démarche de soins et l'introduction des sciences humaines. Les références théoriques ne sont donc plus uniquement médicales. Le patient est maintenant davantage perçu comme un être biopsychosocial dans une dimension holistique.

Le projet pédagogique ainsi que le choix et l'organisation des stages sont laissés à la liberté de chaque école, ce qui constitue une nouveauté, marquant ainsi « la reconnaissance de l'autonomie des écoles et des équipes dans la construction du projet et la légitimité d'une

expertise pédagogique » (Siebert, 2003, p.27). Même si l'appellation de monitrice perdure dans certains textes législatifs (bien qu'ayant disparu des programmes de formation depuis 1972), « la terminologie retrouvée dans différents textes professionnels, notamment le programme de formation, traduit l'évolution du métier vers une reconnaissance d'un statut d'enseignant » (*Ibid.*, p. 29).

Une étude menée en 1980 (Clavé, 1981, cité par Boudier, 2005) a montré qu'un tiers des infirmières enseignantes exercent sans diplôme de cadre, alors qu'une sur trois seulement est bachelière. Un grand nombre d'infirmières-enseignantes ont donc un niveau scolaire inférieur à celui de leurs élèves.

1.3.7. Le programme des études ISP de 1979

L'arrêté du 26 avril 1979, relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, augmente celle-ci de cinq mois conformément à l'accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières du 25 octobre 1967 qui fixe la durée des formations infirmières à trente-trois mois. Comme évoqué précédemment la première année de formation est commune avec les élèves infirmiers des soins généraux. La formation s'étoffe avec maintenant un total de 4 640 heures réparties de la façon suivante : 1 776 heures d'enseignements théoriques, 504 heures de travaux dirigés et d'éducation physique et sportive et 59 semaines de stage. Parallèlement à la reconnaissance du rôle propre dans l'arrêté du 12 avril 1979 relatif à la formation des IDE, « ce programme reconnaît enfin à l'infirmier de secteur psychiatrique le droit d'agir sur sa propre initiative » (Damas-Agis, 1984, p. 54).

Signe d'un rapprochement avec la formation infirmière en soins généraux, il est indiqué dans l'arrêté du 26 avril 1979, relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, que les moniteurs et monitrices doivent être titulaires du CCI de secteur psychiatrique ou du certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique ou du CCI ou du CAFIS ou du CAFIM. Ils participent aux enseignements, cependant les enseignements magistraux relatifs à l'anatomie-physiologie, aux diverses pathologies et à la pharmacologie restent réservés aux médecins et aux pharmaciens.

1.3.8. Le programme commun des études infirmières de 1992 et l'instauration du diplôme de Cadre De Santé en 1995

Ce programme de formation, qui marque la fin de la séparation entre les IDE en soins généraux et les ISP en instaurant un diplôme commun, est régi par l'arrêté du 23 mars 1992. Il apparaît dans le contexte de la loi de la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 qui institue la reconnaissance des droits du malade (et la participation des personnels paramédicaux à celle-ci), l'évaluation des activités des établissements de santé, la reconnaissance d'une mission de recherche pour les paramédicaux et la création d'un service de soins infirmiers. L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, ira dans le même sens que cette loi en renforçant les droits du malade et en obligeant les établissements de santé à s'inscrire dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins par le biais d'une évaluation externe. La durée de la scolarité est portée à trente-sept mois et demi avec une alternance école-stage. Ce programme comporte 4760 heures de formation, réparties également entre les stages et les enseignements théoriques. Il officialise l'enseignement des diagnostics infirmiers, de la relation d'aide et de la recherche en soins infirmiers ainsi que la nécessité d'un suivi pédagogique. Cet enseignement s'articule autour de modules obligatoires et optionnels. Parmi les modules obligatoires, nous distinguons dix-huit modules spécifiques qui sont liés aux disciplines médicales (chaque module s'intitule « soins infirmiers aux personnes atteintes de... ») et dix modules dits transversaux (dont quatre sont relatifs aux soins infirmiers, les six autres étant centrés sur les sciences humaines, l'anatomie-physiologie et la pharmacologie, la législation, la déontologie et l'éthique, la santé publique et enfin l'hygiène). Les modules relatifs aux soins infirmiers constituent le « noyau central de la formation » (Jeanguiot, 2006, p. 78) et sont relatifs aux théories de soins, à la démarche de soins, à la démarche relationnelle et à la démarche éducative couplée à une initiation à la recherche. Les évaluations des modules se font par des contrôles de connaissances, plus stricts, avec un niveau d'exigence accrue (Siebert, 2003, p. 31). Les sciences humaines et la santé publique, peu présentes jusque-là, deviennent plus importantes. Or peu de formateurs sont experts dans ces domaines, ce qui aura comme conséquence un recrutement d'intervenants extérieurs non médicaux. Les termes d' « élève » et d' « école d'infirmiers » sont respectivement remplacés par « étudiant » et « Institut de Formation en Soins Infirmiers ». Une nouvelle définition de l'infirmier, plus large que précédemment, est fournie par le décret du 29 juillet 2004 qui précise que l'exercice de la profession infirmière « comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et

leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ». Cette définition laisse également davantage d'autonomie aux infirmiers, notamment par rapport au corps médical, tout en indiquant l'aspect pluri-catégoriel de leur périmètre professionnel qui s'étend, en mentionnant qu'ils « exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif ». Plus loin dans ce décret la recherche infirmière n'est évoquée que de façon succincte : « l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : [...] recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire ».

Dans ce programme, l'enseignement devient une formation et l'enseignante, initialement appelée monitrice, devient (sans officialisation du terme, il est évoqué l'activité de « former des étudiants ») une formatrice ou plutôt un formateur. En effet, les termes se masculinisent en même temps que la profession. Le rôle du formateur évolue et se complexifie avec l'augmentation de l'activité d'ingénierie de formation tout en se centrant davantage sur l'étudiant et sur l'accompagnement de celui-ci, notamment à travers le suivi pédagogique (Siebert, 2003). La mission des formateurs, en lien avec l'évolution économique du monde de la santé est clairement énoncée : former des professionnels polyvalents. En raison de l'approche modulaire fortement liée aux disciplines médicales, l'enseignement reste axé sur la transmission de savoirs dans une conception comportementaliste incarnée par la Pédagogie Par Objectifs (PPO). Cependant une plus grande autonomie est laissée aux formateurs à travers l'ordonnancement des différents modules qui est fixé par le projet pédagogique de chaque IFSI. Cette autonomie a encore évolué pendant ce programme en s'émancipant du contrôle médical lors des épreuves du diplôme d'État d'infirmier. Après 2004, un travail de recherche, co-évalué par un formateur et un professionnel infirmier ayant une expérience dans le domaine traité par l'étudiant, se substitue à l'épreuve écrite sur table évaluée jusqu'alors en double correction par un formateur et un médecin.

Parallèlement, le décret du 18 août 1995 crée le diplôme de cadre de santé (CDS), qui vient remplacer le CCI. Le mouvement d'uniformisation de la formation des cadres infirmiers initié en 1975 s'intensifie en s'étendant à l'ensemble des professions paramédicales. Il est maintenant uniquement fait mention de la profession d'origine sur le diplôme de fin d'études. Il réunit donc sous le même titre de cadre de santé différents professionnels qui peuvent être issus des filières infirmière, médicotextuelle (manipulateur en électroradiologie médicale,

préparateur en pharmacie, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales) ou de rééducation (diététicien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, psychomotricien). La formation des cadres de santé est définie par l'arrêté du 18 août 1995, qui est toujours en vigueur. Elle a lieu dans un Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) et dure dix mois. Il est nécessaire de justifier de quatre ans d'exercice effectif à temps plein d'une profession concernée au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection. La formation est basée sur une alternance théorie/pratique à travers six modules dont cinq sont communs aux fonctions d'encadrement et de formation (initiation à la fonction de cadre, santé publique, analyse des pratiques et initiation à la recherche, fonction d'encadrement et fonction de formation). Un sixième module, en fin de formation, permet d'approfondir une de ces deux fonctions.

Tableau 1 : Programme de la formation de cadre de santé à partir de 1995

	Enseignement théorique	Stages
Module 1	Initiation à la fonction cadre (90 heures)	3 semaines de stage hors secteur sanitaire
Module 2	Santé publique (90 heures)	/
Module 3	Analyse des pratiques et initiation à la recherche (90 heures)	/
Module 4	Fonction d'encadrement (150 ou 180 heures)	3 ou 4 semaines de stage en établissement sanitaire ou social
Module 5	Fonction de formation (150 ou 180 heures)	3 ou 4 semaines de stage en établissement de formation sanitaire ou social
Module 6	Approfondissement des fonctions d'encadrement ou de formation professionnels (150 heures)	4 semaines de stage soit en établissement sanitaire ou social, soit en établissement de formation, soit en structure de santé publique

Les cadres de santé ainsi formés peuvent donc exercer indifféremment au sein d'unités de soins en tant que manager ou au sein d'instituts de formation en tant que formateur.

L'arrêté du 18 août 1995, relatif au diplôme de cadre de santé, prévoit la possibilité pour les organismes gestionnaires des IFCS d'établir une convention avec l'Université notamment pour la prise en compte de modules du diplôme de cadre de santé dans le cadre de licences en sciences de l'éducation et en sciences sanitaires et sociales, et réciproquement de modules de ces licences dans le cadre du diplôme de cadre de santé. Depuis, ces

partenariats ont évolué d'un niveau de licence initial à un niveau de master en management ou en pédagogie. Les quarante IFCS ont tous utilisé cette possibilité de convention (Allal, Debeaupuis, Elshoud, Essid & Thomas, 2017). Ainsi pendant leur formation de cadres de santé, les étudiants peuvent suivre simultanément un cursus universitaire, le plus souvent en management. Dans les deux tiers des cas, cette année de formation les conduit à un niveau M1. Dans un tiers des cas, par le biais d'une Validation des Acquis Professionnels (VAP) ou d'une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) depuis 2002, elle les mène vers un M2, avec acquisition du diplôme de master.

1.3.9. Le référentiel de formation infirmier de 2009

Le dernier référentiel de formation issu de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier découle, d'une part de l'universitarisation de la formation infirmière consécutive aux accords de Bologne en 1999 et d'autre part de l'évolution des besoins de santé de la population et de son impact sur la profession infirmière. La mission commune des professionnels de santé étant de répondre aux besoins de santé de la population.

Ceux de la population française se sont modifiés au fil du temps : l'augmentation de l'espérance de vie a fait évoluer les prises en charge de pathologies vers des prises en charge de polyopathologies (liées à l'âge, à la dépendance et aux maladies chroniques). En lien direct avec l'augmentation de l'espérance de vie, les progrès de la science ont conjointement permis un accroissement exponentiel de nouvelles techniques de soins. Ces dernières apparaissent dorénavant aux soignants pendant leur exercice professionnel, donc à distance de leur formation initiale, et ils doivent être capables de les adopter, de se les approprier (Coudray & Gay, 2009).

Les accords de Bologne signés le 19 juin 1999 par les Ministères de l'Éducation de vingt-neuf pays européens, dont la France, engagent ces derniers dans une restructuration des études supérieures, afin d'harmoniser celles-ci par le biais notamment de l'universitarisation. Cette dernière, qui pour le moment se situe au stade d'un partenariat avec l'Université, sera développée ultérieurement.

Depuis septembre 2009, le dernier programme de formation infirmière en date a donc été mis en place pour répondre à l'évolution des besoins de santé et à ses conséquences sur l'exercice infirmier tout en s'inscrivant dans un dispositif universitaire. Jusqu'en 2009, la

formation infirmière était « une formation professionnelle non universitaire, conçue autour de l'articulation entre apprentissage des connaissances et expérience de travail » (Noël-Hureaux, 2015, p. 3). Dorénavant, elle entre dans le système Licence, Master, Doctorat (LMD) avec un grade licence. Conséquence de l'universitarisation, un changement de paradigme au niveau des formations s'opère en passant d'une conception comportementaliste à une conception cognitiviste de la formation (Chauvigné & Coulet, 2010). En effet, la Pédagogie Par Objectifs (PPO) en vigueur jusque-là dans la formation infirmière (Fermon & Grandjean, 2015) est d'essence comportementaliste (Hameline, 1979) et s'inscrit donc en cohérence avec une vision taylorienne du travail. En visant des comportements observables à atteindre, tout en limitant « l'analyse de l'apprentissage à une performance mesurable » (Chauvigné & Coulet, 2010, p. 16), la PPO relève pleinement d'une conception behavioriste de la formation infirmière antérieure. L'Approche Par Compétences (APC), induite par l'universitarisation, est d'origine cognitiviste en s'intéressant « au traitement de l'information opéré par le sujet dans la conduite de son activité » (*Ibid.*). Il ne s'agit plus de reproduire des comportements appris, mais de « développer des dispositions à générer des conduites adaptées face à des situations diverses et changeantes » (*Ibid.*) permettant ainsi de répondre à l'évolution des besoins de santé des populations et aux changements qui en découlent. L'APC a également pour cadre théorique le socioconstructivisme (Jonnaert, 2009). La formation infirmière évolue alors d'un paradigme essentiellement behavioriste vers un paradigme sociocognitiviste et socioconstructiviste (Boissart, 2017), impactant par là-même les formateurs.

Comme évoqué précédemment, ce programme est réparti en semestres, comme cela est le cas à l'Université, et il est bâti sur trois référentiels : un référentiel d'activités, un référentiel de compétences (construit à partir du référentiel d'activités), un référentiel de formation (construit à partir du référentiel de compétences). Il est constitué de six semestres, permettant l'acquisition de 180 ECTS (*European Credits Transfer System*) au total (soit 30 ECTS par semestre) par le biais de la validation d'Unités d'Enseignement (UE) reliées aux compétences infirmières, et de stages.

Ce référentiel de formation a donc été élaboré à partir d'un référentiel de compétences, lui-même élaboré à partir d'un référentiel d'activités. Ce dernier issu de l'arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier, donne une nouvelle définition du métier : « évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements » et, en décrit ses activités à travers une liste de neuf activités présentées comme non exhaustives :

1. Observation et recueil de données cliniques,
2. Soins de confort et de bien-être,
3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes,
4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes,
5. Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique,
6. Coordination et organisation des activités et des soins,
7. Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits,
8. Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires,
9. Veille professionnelle et recherche.

Puis le référentiel de compétences a été construit à partir du référentiel d'activités et est également issu de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Il définit les compétences infirmières qui sont au nombre de dix. Les cinq premières sont dites « cœur de métier » :

1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs.

Les cinq suivantes sont dites « transverses », collaboratives avec certaines autres professions paramédicales ou médicales :

6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

L'acquisition de ces dix compétences (qui se fera conjointement par la validation d'UE et par l'acquisition d'éléments cliniques reliés à ces compétences en stage) correspond aux 180 ECTS nécessaires à l'obtention du diplôme d'État d'infirmier. Après avoir relevé la place centrale des compétences et de leurs acquisitions, nous allons maintenant nous intéresser au référentiel de formation à travers son organisation et ses principes pédagogiques.

Le référentiel de formation issu de l'arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier, repose sur l'alternance entre temps de formation théorique en IFSI et temps de formation clinique en stage. La formation comprend 1800 heures d'enseignements théoriques sous diverses formes auxquelles s'ajoutent 300 heures de temps personnel guidé. La durée des stages est de 2100 heures réparties sur six stages, un par semestre de durée variable. Ils deviennent plus longs mais moins nombreux. Quatre types de stage sont obligatoires et concernent les soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique), les soins en santé mentale et psychiatrie, les soins en longue durée et en soins de suite et de réadaptation et les soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie. Les UE sont de quatre types : des UE dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers, des UE de savoirs plus spécifiquement infirmiers, des Unités d'Intégration (UI) des différents savoirs et leurs mobilisations en situation, des unités de méthodologie et de savoirs transversaux. Ces UE ne sont plus comme les modules spécifiques du programme de formation de 1992 liées aux pathologies médicales. En lien avec le processus d'universitarisation, les soins infirmiers laissent la place aux sciences infirmières. Ce référentiel de formation qui est basé sur l'acquisition de compétences par l'étudiant place celui-ci en tant qu'acteur, voire auteur de sa formation en adoptant une posture réflexive.

La formation infirmière a ainsi évolué sur plusieurs décennies d'une logique de transmission de contenus à une logique d'acquisition de compétences, passant d'un paradigme behavioriste à un paradigme socioconstructiviste et sociocognitiviste (Boissart, 2017). Ceci devant permettre aux étudiants infirmiers « d'apprendre à apprendre », et d'être ainsi capables de s'adapter à toutes les évolutions qui surviendront après leur formation initiale. Parallèlement nous pouvons également remarquer que tout au long de l'évolution de la formation des cadres de santé, la spécificité a disparu pour laisser place à la polyvalence : en fusionnant le CAFIS et le CAFIM dans le CCI puis en créant le diplôme de CDS qui regroupe plusieurs professions paramédicales. Depuis le décret du 18 août 1995, la formation des cadres de santé n'a pas évolué et une réforme de celle-ci, longtemps annoncée, a été plusieurs fois reportée.

2. Le formateur IFSI

Après avoir abordé l'évolution historique des personnes en charge de la formation des infirmiers, nous développerons une réflexion terminologique sur la dénomination de celles-ci, puis nous examinerons leur situation actuelle dans le groupe professionnel des cadres de santé. Ensuite, nous examinerons les données démographiques sur cette population avant d'aborder le parcours professionnel antérieurs des formateurs IFSI. Puis nous nous attarderons sur les IFSI à proprement parler et sur l'impact du dernier référentiel de formation sur ceux-ci. Enfin nous traiterons les activités et les compétences du formateur IFSI, puis ses relations professionnelles.

2.1. La dénomination du formateur IFSI : une difficulté terminologique

Au niveau international, les dénominations « *nurse educator* », « *nurse teacher* » et « *nurse trainer* » sont usitées dans la littérature consacrée à la formation infirmière. De même en France, il n'existe pas une seule terminologie qui fasse consensus pour désigner la personne chargée de la formation des futurs infirmiers (Dabryon & Picot, 2017).

Depuis l'ouverture de la première école d'infirmière aux IFSI actuels, nous notons, à travers la terminologie désignant la personne chargée de conduire ces études (monitrice, enseignante, formatrice), que les rôles et postures ont évolué au gré des programmes d'études. Ceux-ci étaient eux-mêmes imprégnés du contexte historique et de l'évolution des besoins en santé de la population française. L'appellation actuelle des formateurs infirmiers (qui n'est donc toujours pas uniforme) est plutôt récente et a évolué, au-delà de la masculinisation du terme. L'évolution d'un terme n'est pas anodine et est porteuse de sens :

Le moniteur (celui qui montre, qui est principalement axé sur l'aspect technique ou pratique du métier), en passant par enseignant (celui qui transmet des connaissances, qui est centré sur le savoir), est devenu formateur (centré de façon prépondérante sur l'étudiant et sur sa capacité à transférer et à élaborer des savoirs en situation réelle) (Siebert, 2003, pp. 36-37).

Donc schématiquement, le moniteur montre, l'enseignant transmet des connaissances et le formateur accompagne des individus. Ces changements de vocabulaire sont les témoins des attentes liées aux rôles des infirmiers chargés d'encadrer les études infirmières. Leur expertise pédagogique est de plus en plus reconnue à travers leur implication croissante dans l'ingénierie de la formation.

Dans la continuité des propos de Siebert (2003), le terme de moniteur semble devenu aujourd'hui obsolète ; il est employé uniquement par des infirmiers en fin de carrière et plus du tout par les formateurs ou par les étudiants. Le terme d'enseignant paraît n'être utilisé que par des personnes extérieures à la formation infirmière ou ne participant à celle-ci que de façon très ponctuelle (une partie de ceux que nous dénommons les intervenants extérieurs). Ce terme correspondait à une posture de transmetteur de savoirs en vogue jusqu'à la fin du programme de formation commun de 1992 avec la PPO et sa conception behavioriste de l'enseignement. Le terme de formateur est celui qui est le plus utilisé actuellement et il apparaît en concordance avec l'APC du référentiel de formation de 2009. Mais le qualificatif qui suit ne fait pas consensus. Nous pouvons retrouver comme qualificatif l'acronyme IFSI, précédé ou non d'une particule « d' » ou de la préposition « en ». Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.) utilise le terme de « formateur(trice) des professionnels de santé » et cite d'autres appellations possibles : « cadre pédagogique », « cadre de santé formateur(trice) », « cadre enseignant(e) », « formateur institut de formation paramédicale » (qui correspond au formateur IFSI cité précédemment). Les appellations contenant le mot cadre nous paraissent inexacts car, comme nous l'avons vu précédemment, des infirmiers peuvent exercer des fonctions de formateur en IFSI depuis les années soixante-dix sans avoir le diplôme de cadre de santé. Nous pouvons également retrouver une dénomination qui n'est pas mentionnée dans ce répertoire : « formateur en soins infirmiers ». Cette dernière, en privilégiant le soin, nous semble présenter deux inconvénients : d'une part elle se centre sur les soins infirmiers et non sur les personnes en formation ; d'autre part dans le cadre de l'universitarisation et de la scientification de la profession infirmière le vocable soins infirmiers a été remplacé dans le dernier référentiel de formation par sciences infirmières. Nous utilisons donc pour ce travail l'appellation qui nous semble la plus large et la moins restrictive, celle de « formateur (en) IFSI » pour désigner les infirmiers (cadres de santé ou non) qui forment des étudiants infirmiers en IFSI.

2.2. Un segment du groupe professionnel des cadres de santé avec une professionnalisation inachevée

La formation commune aux cadres de santé formateurs et aux cadres de santé de proximité nous invite à nous questionner sur la segmentation de ce groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des cadres de santé et sur les rapports de force qui régissent celui-ci. Pour ces représentants du courant interactionniste que sont Bucher et Strauss, une profession ne se définit pas sur un mode fonctionnaliste comme une « communauté relativement homogène dont les membres partagent identité, valeurs, définition des rôles et intérêts » (*Ibid.*, p. 68), mais comme « une agrégation de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire » (*Ibid.* p. 69). Les segments désignent les « groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession » (*Ibid.*, p. 68) générés par des « différences d'intérêts à l'intérieur des professions » (*Ibid.*). Ainsi les cadres de santé formateurs et les cadres de santé managers sont considérés comme appartenant au même groupe professionnel des cadres de santé indépendamment de leurs fonctions distinctes les renvoyant à « des conceptions différentes de ce qui constitue le centre de leur vie professionnelle » (*Ibid.*, p. 73). Une profession, dans une conception interactionniste, est donc un « monde non homogène en constante évolution, composé de "segments" porteurs chacun de conceptions différentes quant à la spécificité de leur pratique et de leurs activités centrales, porteurs aussi d'identités différentes, et qui se forment, se maintiennent, se développent et/ou disparaissent » (Baszanger, 1992, p. 22). Au regard de leurs identités distinctes et de leurs activités prévalentes de travail également différentes, nous pouvons affirmer que les cadres de santé formateurs et les cadres de santé managers constituent deux segments professionnels au sein du groupe professionnel des cadres de santé.

Cependant le rapport de force s'exerçant entre ces deux segments professionnels nous paraît être clairement au désavantage des cadres de santé formateurs. Tout d'abord, le nombre est en faveur des cadres de santé managers : avec un ratio cadres de santé formateurs/cadres de santé de proximité estimé à un pour cinq (Yahiel & Mounier, 2010). Ensuite, nous avons relevé bon nombre d'ouvrages, de revues ou de communications où le terme de « cadre de santé » est uniquement synonyme de cadre de santé de proximité, excluant purement et simplement les cadres de santé formateurs qui parfois ne sont même pas évoqués (Bourgeon, 2012, 2015 ; Desserpit, 2016 ; Feroni, 2018 ; Feroni & Kober-Smith,

2005 ; Fourdrignier, 2018 ; Gadéa, 2019 ; Rivière, Commeiras & Loubès, 2019 ; Rogers & Mossé, 2012 ; Sliwka & Dechamps, 2007). Après avoir mis en évidence la segmentation du groupe professionnel des cadres de santé et le rapport de force qui en découle en défaveur des cadres de santé formateurs, nous allons par la suite nous intéresser à la professionnalisation du groupe des cadres de santé et du segment des formateurs IFSI en particulier.

La professionnalisation comporte plusieurs sens selon que nous nous intéressons à la professionnalisation de l'activité, du groupe exerçant l'activité, des savoirs, des personnes exerçant l'activité ou de la formation (Bourdoncle, 2000). En nous référant au courant interactionniste, nous percevons la professionnalisation comme « la stratégie et la rhétorique déployées par le groupe professionnel pour revendiquer une élévation dans l'échelle des activités » (Bourdoncle, 1991, p. 75). La professionnalisation est alors un processus selon lequel un métier, un emploi (*occupation*) devient une profession établie (*profession*) : la meilleure façon de comprendre ce que signifient les professions établies consistant « à étudier la façon dont les métiers s'efforcent de se transformer ou de modifier leur image, ou les deux, au cours d'un processus visant à la "professionnalisation" » (Hughes, 1996, pp. 110-111). Deux concepts permettent de rendre compte de la distinction entre *occupation* et *profession* : la *licence* et le *mandate* (Hughes, 1958). Les *occupations* cherchent dès qu'elles le peuvent à se professionnaliser en revendiquant une *licence* c'est-à-dire une autorisation « à exercer certaines activités que d'autres ne pourront pas exercer » (Dubar & Tripier, 2005, p. 98), s'assurant ainsi « une certaine sécurité d'emploi en limitant la concurrence » (*Ibid.*). Une fois cette *licence* obtenue, les *occupations* revendiqueront un *mandate* : « Une mission, de manière à fixer ce que doit être la conduite spécifique des autres à l'égard de domaines concernés par son travail » (*Ibid.*). Cette *licence* et ce *mandate* sont « l'objet de conflits, de luttes politiques entre groupes professionnels en compétition pour la protection et la valorisation de leurs emplois » (*Ibid.*, p. 99). Ainsi tout groupe professionnel exerçant une *occupation* essaie d'obtenir « une autorisation spécifique, limitant la concurrence, et une mission reconnue, valorisant le groupe. Lorsqu'un groupe y parvient, il devient, pour un temps au moins, une *profession* » (*Ibid.*, p. 98).

Dans le cas des formateurs IFSI, nous notons l'absence de *licence* et de *mandate*. La *licence* qui correspond à « l'autorisation légale d'exercer certaines activités que d'autres ne peuvent pas exercer » (Dubar, 2010, p. 132) est mise à mal à travers l'existence d'un statut possible, précaire et transitoire de faisant-fonction. Pourtant l'arrêté du 31 juillet 2009, relatif

aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, stipule que les formateurs IFSI doivent être titulaires d'un titre permettant l'exercice de la profession infirmière et du diplôme cadre de santé (ou diplôme équivalent). Si le premier critère est respecté, nous constatons que le second ne l'est pas à cause du statut possible de faisant-fonction de cadre de santé. L'accès à l'activité de formation paramédicale est ainsi peu protégé. Le *mandate*, qui est « l'obligation légale d'assurer une fonction spécifique » (*Ibid.*), n'est pas présent non plus : la mission des formateurs IFSI n'est pas spécifique pour plusieurs raisons. D'une part, la polyvalence entre les deux fonctions de cadre de santé voulue par le modèle de formation actuelle dans les IFCS ne va pas dans ce sens. D'autre part, les activités recensées dans le référentiel du document de travail de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2012 ou dans le répertoire des métiers de la fonction publique (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.) ne sont pas spécifiques et non liées au métier d'infirmier. Pour ces motifs, nous constatons donc une professionnalisation inachevée du segment professionnel des formateurs IFSI et du groupe professionnel des cadres de santé en général (le même phénomène de faisant-fonction existant également du côté du management).

2.3. Une population mal définie

En 2016, selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), la catégorie des cadres de santé infirmiers (dans laquelle il est souvent regroupé sans distinction les cadres managers et les cadres formateurs) représente 16 925 personnes. La population infirmière étant composée en 2016, toujours selon la DREES de 660 611 personnes, les cadres de santé représentent environ 2,6 % des infirmiers. Parmi ces 16 925 cadres de santé, 9 821 possèdent effectivement le diplôme cadre santé, issu de la réforme de 1995. 7 104 sont titulaires du CCI, délivré entre 1975 et 1995. Le rapport homme/femme est d'environ un homme pour sept femmes. Cinq années d'exercice professionnel infirmier étant nécessaires au minimum avant de devenir cadre de santé, nous retrouvons peu de cadres de santé ayant moins de trente-cinq ans.

En 2010, Yahiel et Mounier estiment que les cadres formateurs représentent 20 % du corpus total des cadres de santé. En transposant ce ratio aux données actuelles, il y aurait donc aujourd'hui environ 3 400 cadres formateurs IFSI. Il est à noter que la différenciation cadres de santé de terrain/cadres de santé formateurs n'apparaît pas dans ces différentes

études, tout comme sont absents de celles-ci les infirmiers faisant-fonction de cadre de santé. Dans un document paru à la fin de l'année 2019, le Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres (CEFIEC) estime le nombre de formateurs permanents cadres de santé à 3 000, répartis dans 323 IFSI adhérents (CEFIEC, 2019).

2.4. Parcours professionnel antérieur du formateur IFSI

Le formateur IFSI est un infirmier qui a exercé pendant au moins cinq ans dans des lieux d'exercice qui peuvent être très variés : services dits « techniques » (chirurgie, réanimation, urgences...), Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), services de psychiatrie, centres de soins ou exercice en libéral, établissements scolaires pour les infirmiers de l'Éducation nationale, etc. Un infirmier peut avoir diversifié ou non sa pratique professionnelle en ayant exercé dans plusieurs types de services, plusieurs établissements, avoir travaillé en milieu hospitalier et/ou en milieu extrahospitalier.

Ce formateur IFSI peut avoir effectué sa formation infirmière sous des programmes de formation infirmière allant de 1972, pour quelques-uns proches de la retraite, au référentiel de formation de 2009 pour les plus jeunes. Il peut être bachelier ou non. Il peut aussi être issu de la filière ISP avant le programme de formation réunifié de 1992. Certains peuvent être titulaires du CCI ou depuis 1995 du diplôme de CDS. D'autres, les personnes faisant-fonction de CDS formateur sont uniquement titulaires du diplôme d'État infirmier. Des formateurs peuvent avoir déjà effectué une spécialité infirmière autre que cadre de santé (infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmière puéricultrice) avant de s'engager en IFSI. Enfin certains formateurs ont ou sont en train d'effectuer un parcours universitaire de niveau master au cours de la formation en IFCS ou à distance de celle-ci. Cette formation universitaire à un niveau master devient une nécessité pour pouvoir prétendre former des étudiants à un niveau licence. Jusqu'alors, en l'absence d'une discipline universitaire de sciences infirmières, certains formateurs poursuivent leur cursus universitaire en doctorat dans des disciplines des sciences humaines et sociales, principalement les sciences de l'éducation (Gautier, J.-M., Aubac, M., Bentz, M., Lecordier, D. & Jovic, L., 2018). En 2018, le Réseau des Infirmiers Docteurs (RésiDoc) recensait ainsi 133 infirmiers titulaires d'un doctorat ou doctorants (*Ibid.*).

L'arrivée en IFSI peut se dérouler de deux façons : en étant diplômé CDS ou en étant infirmier faisant-fonction de CDS. Dans ce dernier cas, la rupture est brutale entre une logique du soin et une logique pédagogique et cette personne devient du jour au lendemain formateur bien souvent sans préparation (hormis quelques interventions ponctuelles en IFSI : enseignements sous forme de cours magistraux ou de travaux dirigés ou pratiques, évaluations diverses...). Cette arrivée a donc lieu sans statut ni diplôme spécifique (donc sans formation) pour légitimer l'exercice de formation infirmière (Bourgeon, 2014). Rappelons que ce statut non légiféré est précaire et conditionné à l'obtention du concours d'entrée en IFCS dans un délai bref. L'autre façon de devenir formateur IFSI est d'être cadre de santé, la personne pouvant alors avoir une expérience antérieure de cadre de proximité en tant que faisant-fonction ou non.

Quel que soit le cas de figure, cette arrivée en IFSI marquera une rupture avec la vie professionnelle antérieure qui ne sera pas sans conséquence au niveau de l'identité professionnelle des formateurs IFSI.

2.5. Cartographie des IFSI et impact du référentiel de 2009 en termes de gouvernance

Après avoir abordé les différents modes d'arrivée des formateurs en IFSI, nous allons maintenant nous intéresser à ces IFSI et à l'influence que le référentiel de formation infirmier de 2009 a eu sur ceux-ci.

Les IFSI en 2014 étaient au nombre de 328, dont 320 situés en France métropolitaine (Casteran-Sacreste, 2016). La moitié environ est localisée en Île-de-France (66 IFSI), Rhône-Alpes (31 IFSI), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (25 IFSI) et en Nord-Pas-de-Calais (23 IFSI). Ils sont en grande majorité de statut public (82 %) et sont rattachés à des hôpitaux publics. Les IFSI privés (de la Croix-Rouge Française par exemple) représentent donc 18 % du total et peuvent appartenir à un groupe hospitalier privé. Les enseignements théoriques et cliniques sont les mêmes que dans le public. En conséquence de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, les IFSI publics et privés sont subventionnés depuis 2005 par les Conseils Régionaux. L'établissement de rattachement, faisant office d'organisme gestionnaire, peut avoir une influence sur le recrutement des formateurs IFSI : par exemple un IFSI étant rattaché à un établissement psychiatrique aura sans doute plus d'ISP dans son

équipe pédagogique que dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) où il n'y a pas de service de psychiatrie.

Le référentiel de formation de 2009 a amené chaque IFSI à se rapprocher d'une université afin d'entrer dans le système LMD. Hormis pour l'Île-de-France et son nombre important d'IFSI et d'universités, l'université de rattachement s'est naturellement imposée dans les autres régions. La création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) entre le ou les IFSI (dispensateurs de la formation), l'Université (garant de l'apport théorique universitaire) et la Région (organisme financeur) a été rendue obligatoire par la circulaire interministérielle du 9 juillet 2009. Les missions des GCS sont de préparer et de faire signer des conventions de partenariat entre les trois parties. Ces conventions permettent la reconnaissance au grade licence de la formation infirmière par le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. L'intégration dans un GCS a modifié le fonctionnement historique des IFSI, jusqu'alors relativement autonome, qui ont dû s'adapter et composer avec de nouveaux partenaires, notamment l'Université et les éventuels autres IFSI régionaux. En effet depuis quelques années l'organisation et la gestion des IFSI se sont complexifiées, l'État définit les programmes de formation, la DGOS (créée en 2010) est l'interlocuteur des IFSI, la Région fixe le montant de la subvention de fonctionnement et l'hôpital support gère celle-ci. De plus l'universitarisation a entraîné pour les IFSI des injonctions quelque peu paradoxales : une mobilité européenne recherchée par les accords de Bologne et la demande des Conseils Régionaux de fidéliser les personnes formées sur leur territoire.

2.6. Les activités et compétences du formateur IFSI

La fiche métier « formateur(trice) des professionnels de santé », issue du répertoire des métiers de la fonction publique, et le document de travail de la DGOS de 2012, proposant des référentiels d'activités et de compétences pour les cadres de santé en vue d'une réingénierie de leur formation non encore effective à ce jour, nous indiquent que la pluriprofessionnalité reste de mise avec un diplôme de cadre de santé commun à plusieurs professions paramédicales. Cependant la polyvalence entre les fonctions de management et de formation semble questionnée pour la première fois depuis l'apparition du CCI en 1975.

En effet l'existence de deux référentiels d'activités et de compétences distincts et de deux fiches métiers différentes pour les cadres de santé responsables de secteur d'activités de soin et pour les cadres de santé formateurs de professionnels de santé montre une volonté de séparer ces deux fonctions à travers maintenant deux professions spécifiques (Rongiconi, 2013).

Concernant la fiche issue du répertoire des métiers de la fonction publique, il nous paraît tout d'abord intéressant de relever qu'elle n'est pas spécifique aux formateurs IFSI mais est plus générale et traite de tous les formateurs paramédicaux. Ceci s'explique sans doute par le fait que le diplôme cadre de santé est devenu commun à toutes les formations paramédicales depuis 1995 et qu'il est, selon cette fiche métier, obligatoire pour exercer. Nous savons que dans la pratique, cela n'est pas toujours le cas comme le prouve la présence d'infirmiers faisant-fonction de cadres formateurs dans nombre d'IFSI. Les activités des cadres de santé formateurs des professionnels de santé énoncées sont au nombre de sept et semblent classées par ordre alphabétique :

- Accompagnement de la personne dans son projet de formation ;
- Animation de la démarche qualité de la formation ;
- Conception, organisation, gestion et coordination des dispositifs de formation professionnelle initiale et continue, en soins et en santé ;
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources pour un dispositif de formation ;
- Mise en place et animation de projets ;
- Réalisation de prestations d'enseignement et de formation auprès des étudiants et des professionnels en soins et en santé ;
- Veille professionnelle, études et travaux de recherches et d'innovation.

En ce qui concerne la DGOS, la réingénierie de la formation des cadres de santé a été initiée en 2011. Elle a débuté comme pour les autres formations paramédicales par l'élaboration du référentiel d'activités qui donne la définition du métier et décrit de façon ordonnée les activités professionnelles de celui-ci. Puis a été élaboré le référentiel de compétences qui sont nécessaires pour mener à bien ces activités. Ensuite devait être construit le référentiel de formation qui permet d'acquérir ces compétences. Les référentiels d'activités et de compétences ont été finalisés en décembre 2012. Il a été décidé par le groupe de travail de la DGOS de créer deux référentiels d'activités et deux référentiels de compétences différents pour les cadres de santé responsables de secteur d'activités de soin

et pour les cadres de santé formateurs des professionnels de santé. Le référentiel de formation qui devait initialement voir le jour fin 2014 n'existe pas à ce jour, ce qui est probablement en lien avec le processus d'universitarisation de la formation infirmière comme nous le verrons ultérieurement. Ce référentiel d'activités proposé par la DGOS (2012) dans son document de travail reprend les mêmes activités que la fiche métier mais en les détaillant après les avoir ordonnées comme suit :

1. Conception, organisation, gestion et coordination des dispositifs de formation professionnelle initiale et continue, en soins et en santé ;
2. Gestion de l'information, des moyens et des ressources pour un dispositif de formation ;
3. Réalisation de prestations d'enseignement et de formation auprès des étudiants et des professionnels en soins et en santé ;
4. Accompagnement de la personne dans son projet de formation ;
5. Animation de la démarche qualité de la formation ;
6. Mise en place et animation de projets ;
7. Veille professionnelle, études et travaux de recherches et d'innovation.

Certaines de ces activités nous semblent fédératrices et communes à l'ensemble des formateurs IFSI (la réalisation des enseignements et l'accompagnement de la personne dans son projet de formation) alors que d'autres sont dépendantes de l'IFSI d'exercice (mise en place et animation de projets et veille professionnelle et recherche) ou sont réalisées en lien avec d'autres personnes avec une implication plus ou moins importante du formateur IFSI (les activités relatives à la conception et à la gestion du dispositif de formation, ainsi que celles relatives à la démarche qualité). Pour objectiver notre pensée, nous relevons que les traces de l'activité des formateurs IFSI retrouvées dans le dernier arrêté relatif à la formation des infirmiers, et assurées quotidiennement par ceux-ci, correspondent aux activités fédératrices et communes citées précédemment (Lebœuf & Martin-Bron, 2013) :

- Organisation et mise en œuvre d'enseignements principalement relatifs au cœur de métier (raisonnement et démarche clinique infirmière, soins de confort, soins relationnels, etc.) ;
- Organisation et planification (voire la mise en œuvre en fonction des diplômes universitaires des formateurs) des enseignements universitaires en collaboration avec l'université de référence ;
- L'évaluation des UE, par l'obtention d'ECTS, sous la forme de contrôle des connaissances, d'analyse de situation, d'initiation à la démarche de recherche... ;

- Le suivi pédagogique individuel régulier de chaque étudiant pour apprécier sa progression théorique et clinique ;
- L'organisation des stages cliniques en liaison avec les terrains de stage, et l'accompagnement des étudiants au cours de ceux-ci.

Lebœuf et Martin-Bron (2013) poursuivent dans notre sens, en énonçant des activités des formateurs IFSI développées en fonction des IFSI : formation continue de professionnels de santé, recherche dans le domaine des soins, veille professionnelle à destination de l'équipe pédagogique...

Au niveau des compétences du cadre de santé formateur des professionnels de santé, le document de travail de la DGOS (2012) en énonce huit en lien avec les sept activités préalablement citées :

1. Concevoir et organiser un dispositif de formation dans le domaine de la santé et des soins ;
2. Organiser et coordonner les parcours de formation en alternance dans le domaine de la santé et des soins ;
3. Concevoir et animer des actions de formation initiale et continue dans le domaine de la santé et des soins ;
4. Accompagner les personnes dans leur parcours de formation dans le domaine de la santé et des soins ;
5. Évaluer les connaissances et les compétences des personnes en formation dans le domaine de la santé et des soins ;
6. Évaluer la qualité des prestations et s'inscrire dans une démarche qualité ;
7. Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche ;
8. Communiquer, transmettre les informations et rendre compte.

Nous concluons cette partie par la définition commune du métier de formateur des professionnels de santé de la fiche métier de la fonction publique hospitalière et de la DGOS (2012) :

Le formateur de professionnels de santé forme des professionnels paramédicaux, conçoit et organise les conditions de leurs apprentissages en formation initiale, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. Il organise et réalise des actions de formation continue dans des domaines liés aux soins, à la santé, à la pédagogie et au management.

En lien avec notre perception, objectivée par les propos de Lebœuf et Martin-Bron (2013) nous relevons que la partie de cette définition ayant trait à la formation initiale des professionnels de santé concerne quotidiennement l'ensemble des formateurs IFSI. L'autre partie relative à la formation continue des professionnels de santé est très IFSI-dépendante et ne concerne pas nécessairement tous les formateurs IFSI.

2.7. Les relations professionnelles du formateur IFSI

Nous allons maintenant examiner l'espace relationnel en lien avec l'activité de formateur, en nous intéressant aux personnes avec lesquelles le formateur IFSI interagit dans sa pratique professionnelle.

L'étudiant est « au centre de la formation [...], au même titre que le patient est au cœur des intérêts à l'hôpital » (Boudier, 2012, p. 100). Le formateur IFSI peut rencontrer un étudiant dans différents cadres d'exercice et ainsi avec plusieurs « casquettes ». Tout d'abord en tant que formateur référent de suivi pédagogique, le formateur IFSI accompagne un certain nombre d'étudiants sur des temps individuels et collectifs. Ce nombre peut varier pour un formateur de quinze à trente étudiants selon l'institut et selon les périodes également (arrêt maladie d'un collègue par exemple). Certains IFSI ont fait le choix pédagogique de fonctionner par année, c'est-à-dire qu'un certain nombre de formateurs sont référents sur une des trois années de formation et accompagnent les étudiants pendant cette année. L'étudiant changera alors de formateur référent chaque année. Ou d'autres IFSI ont fait le choix d'un suivi par le même formateur sur l'ensemble des trois années de formation.

Ils peuvent se rencontrer quand le formateur est référent d'un lieu de stage où l'étudiant est affecté afin de l'accompagner pendant celui-ci.

Lors d'un enseignement sous forme de cours magistraux ou de travaux dirigés construits et/ou seulement animés par le formateur, l'étudiant et le formateur peuvent interagir.

Pendant le travail d'initiation à la recherche des étudiants au cours principalement de la troisième année, le formateur sera directeur de mémoire d'un certain nombre d'étudiants et ils se rencontreront dans le cadre d'un accompagnement lors des guidances du mémoire de fin d'études.

L'équipe pédagogique est composée de l'ensemble des formateurs de la structure dont le nombre varie en fonction du nombre d'étudiants accueillis dans la structure (*Ibid.*). Selon la taille de l'institut, l'équipe pédagogique peut être également composée d'un responsable pédagogique ou directeur adjoint (cadre supérieur de santé ou non) et/ou de trois coordonnateurs d'année (un par année de formation). Les différents formateurs peuvent interagir en étant coresponsables d'une UE, ou en étant simples animateurs d'une intervention sur une UE placée sous la responsabilité d'autres formateurs. Ils peuvent également être amenés à échanger sur la situation d'un étudiant en fonction des différents rôles qu'ils peuvent avoir vis-à-vis de celui-ci.

Le directeur dirige l'IFSI, est en contact régulier avec les formateurs pour organiser, coordonner et superviser leurs activités et peut être secondé par un directeur adjoint en fonction de la taille de la structure (*Ibid.*). Selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, le directeur est responsable de :

1. La conception du projet pédagogique ;
2. L'organisation de la formation initiale, préparatoire et continue ;
3. L'organisation de l'enseignement théorique et clinique ;
4. Le contrôle des études ;
5. L'animation et de l'encadrement de l'équipe pédagogique ;
6. La recherche d'intérêt professionnel conduite par l'équipe pédagogique.

L'équipe administrative est composée de secrétaires qui ont en charge la gestion administrative des dossiers des étudiants (*Ibid.*). Elle peut avoir à sa tête un cadre administratif en fonction, une nouvelle fois, de la taille de l'institut. L'équipe logistique varie de façon importante d'un lieu à l'autre. Elle peut comprendre des personnes chargées de l'entretien des locaux, un technicien audiovisuel, une documentaliste. Toutes ces personnes entrent en relation fonctionnelle avec les formateurs IFSI dans leur prise en charge des étudiants.

Les intervenants extérieurs peuvent être universitaires ou non, infirmiers, médecins, docteurs en sciences de l'éducation, pharmaciens, psychologues, sociologues, diététiciens. Ce sont des professionnels non permanents de l'institut. Ils viennent pour dispenser un enseignement spécifique ponctuel, souvent relatif aux compétences transverses, directement en lien avec leur expertise professionnelle (Policard, 2018). Ils sont donc en relation directe avec les formateurs permanents pour organiser et planifier leurs interventions, voire les co-construire ou/et les évaluer.

Enfin selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, le formateur IFSI est désigné par son institut référent d'un certain nombre de stages. Les formateurs de terrain peuvent se diviser dans un service de soins comme suit :

- Le maître de stage est la plupart du temps le cadre de santé de proximité du service (Krupsky, 2018). Il est responsable de l'organisation et du suivi de l'encadrement de l'étudiant en stage. Il accueille, intègre les étudiants et assure le suivi de leur formation, sans nécessairement intervenir directement auprès de l'étudiant pédagogiquement parlant ;
- Le tuteur est un professionnel expérimenté, volontaire et nommé par le maître de stage. Il est responsable de l'encadrement pédagogique en stage et assure l'évaluation des compétences acquises. Il accompagne l'étudiant dans son apprentissage (*Ibid.*). Il est le référent, l'interlocuteur privilégié d'un point de vue pédagogique tant pour l'étudiant que pour le formateur IFSI ;
- Le professionnel de proximité assure le suivi et la formation de l'étudiant au quotidien en lien avec le tuteur de stage (*Ibid.*).

Dans certains cas (équipe restreinte par exemple), les trois fonctions peuvent être cumulées par la même personne.

Le formateur IFSI est amené à être en lien avec le maître de stage pour l'organisation générale des stages dans sa structure. Il est en liaison régulière avec le tuteur afin de suivre le stage de l'étudiant et intervenir sur des questions pédagogiques. Dans cette optique d'accompagnement de l'étudiant en stage, le formateur IFSI peut se déplacer sur le lieu de stage sur sa propre initiative ou à la demande de l'étudiant ou du tuteur de stage. Au cours de ce déplacement il peut être amené à échanger avec l'ensemble des formateurs de terrain. Le rôle du formateur référent de stage reste cependant à définir pratiquement entre l'accompagnement des étudiants et celui des équipes accueillantes (Lebœuf & Martin-Bron, 2013).

Après avoir développé l'histoire de la formation infirmière et l'évolution des formateurs IFSI à travers celle-ci, puis après avoir traité du formateur aujourd'hui dans le cadre de son activité professionnelle, nous abordons maintenant le processus d'universitarisation de la formation infirmière au cours des dernières décennies.

3. Le processus d'universitarisation de la formation infirmière en France

Dans cette partie, nous relaterons le processus d'universitarisation de la formation infirmière depuis son origine, à travers le processus de Bologne, puis nous détaillerons la poursuite de ce processus à travers les évolutions les plus récentes et leur impact sur les formateurs IFSI et enfin nous dresserons un bref état des lieux en Europe sous forme de comparatif.

3.1. Genèse de l'universitarisation de la formation infirmière : le processus de Bologne

En préambule, nous rappelons que depuis le programme d'études infirmières de 1979, le diplôme d'État d'infirmier est reconnu au niveau européen suite à la signature de l'accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières le 25 octobre 1967. Les infirmiers diplômés à l'intérieur des États membres peuvent exercer au sein de ceux-ci à la condition de maîtriser la langue du pays d'exercice.

Le processus de Bologne est un processus de rapprochement des systèmes d'études européens, initié en 1998 par la déclaration de la Sorbonne, qui vise à rendre l'Europe compétitive au niveau de l'économie de la connaissance, vis-à-vis notamment de l'Amérique du Nord. Depuis son commencement, les objectifs du processus de Bologne ont évolué avec deux étapes principales observées (Musselin, Froment & Ottenwaelter, 2007). La première concerne l'harmonisation des structures, « c'est-à-dire la volonté de développer des structures d'enseignement assez similaires d'un pays à l'autre » (*Ibid.*, p. 99) afin de créer un Espace Européen de l'Enseignement Supérieur (EEES). Ceci afin d'établir un système lisible et comparable de diplômes à travers trois cycles ou niveaux d'études (le système LMD) permettant d'harmoniser les dispositifs de formation au niveau européen, de faciliter la mobilité des étudiants et des enseignants-chercheurs et ainsi de renforcer l'attractivité de la zone Europe. La seconde étape vise la « mise en place de systèmes d'assurance qualité » (*Ibid.*) afin de garantir un minimum de qualité semblable d'un pays à l'autre.

Avant la déclaration de la Sorbonne en 1998, la convention sur la reconnaissance des qualifications relatives à l'enseignement supérieur dans la région européenne a eu lieu à Lisbonne en 1997. Rédigée par le Conseil de L'Europe, elle vise la reconnaissance des différents titres ou grades universitaires (ou pré-universitaires) dans les différents pays signataires. Pour cela, chaque titulaire d'une qualification donnée dans un pays pourra la faire évaluer dans un autre afin de la faire reconnaître pour accéder à l'enseignement supérieur ou à un emploi dans ce deuxième pays européen.

À l'occasion du 800^{ème} anniversaire de l'Université de Paris, la déclaration de la Sorbonne a été conjointement élaborée en 1998 par les ministres en charge de l'enseignement supérieur en Allemagne, en France, en Italie et au Royaume-Uni. Ils lancent un appel aux autres États membres pour créer l'EEES en évoquant divers éléments comme un fonctionnement en semestres et l'utilisation des ECTS, ou encore la mobilité des étudiants.

L'année suivante, vingt-neuf pays européens sont signataires de la déclaration de Bologne (1999) qui initie le processus éponyme. Il constitue un engagement volontaire de chaque pays membre pour réformer son système d'enseignement supérieur. Plusieurs objectifs sont alors énoncés :

- Adopter un système de diplômes lisibles et comparables afin de faciliter l'employabilité et d'améliorer la compétitivité du système d'enseignement supérieur européen à l'échelon mondial ;
- Adopter le système fondé essentiellement sur deux cursus, avant et après licence. Le diplôme de licence correspondant à un niveau de qualification appropriée pour l'insertion sur le marché du travail européen ;
- Mettre en place le système ECTS. Certains crédits pouvant être accessibles par le biais de la formation tout au long de la vie ;
- Promouvoir la mobilité pour les étudiants, pour les enseignants, pour les chercheurs et pour les personnels administratifs ;
- Promouvoir la coopération européenne en matière d'évaluation de la qualité, dans la perspective de l'élaboration de critères et de méthodologies comparables ;
- Promouvoir la nécessaire coopération européenne dans l'enseignement supérieur, notamment aux niveaux des programmes d'études, des programmes de mobilité et des programmes intégrés d'étude, de formation et de recherche.

À l'issue de la conférence de Prague en 2001, un communiqué réalisé par trente-deux pays fait un point sur les objectifs de la déclaration de Bologne. Il met l'accent sur l'éducation et la formation tout au long de la vie, sur l'importance de garanties de qualité dans l'enseignement supérieur et sur la participation des étudiants à l'organisation et à l'élaboration du contenu de l'enseignement dans les universités et les établissements d'enseignement supérieur.

La conférence de Berlin en 2003 débouche également sur un communiqué qui évoque un développement de liens plus étroits entre l'EEES et l'Espace Européen de la Recherche et intègre le troisième cycle aux deux cursus initiaux avant et après licence, harmonisant le système européen autour du LMD. La mise en place pour 2005 de systèmes nationaux de garantie de la qualité est également demandée. Les pays signataires sont maintenant au nombre de quarante avec pour la première fois une ouverture hors d'Europe avec la présence de la Russie.

Le communiqué issu de la conférence de Bergen en 2005 (signé par quarante-cinq pays) fait le point sur les objectifs du processus de Bologne en montrant sa volonté d'entrer dans une action plus concrète. Il met également l'accent sur la dimension sociale de l'enseignement qui doit être accessible à tous.

À la conférence de Londres en 2007, le nombre de participants au processus de Bologne est porté à quarante-six. Puis a lieu en 2009 la conférence de Leuven/Louvain-la-Neuve où son communiqué annonce les priorités jusqu'en 2020 pour l'EEES : l'égalité des chances pour l'accès et la réussite des études, le développement de l'éducation et de la formation tout au long de la vie, une meilleure insertion sur le marché du travail, une formation davantage centrée sur l'étudiant, une association éducation/recherche/innovation en augmentant le nombre de personnes dotées de compétences de recherche, une ouverture internationale des établissements d'enseignement supérieur, l'augmentation des opportunités de mobilité, l'amélioration de la collecte des données, la création d'outils de transparence multidimensionnels faisant référence à la garantie de la qualité et de la reconnaissance et une garantie de financement principalement public.

La déclaration finale de la conférence de Budapest/Vienne de 2010, qui célèbre les dix ans du processus de Bologne, entérine la création de l'EEES.

En 2012, le communiqué de la conférence de Bucarest prend acte de l'achèvement du processus de Bologne et définit les priorités pour l'EEES en réaffirmant les objectifs de la

conférence de Leuven/Louvain-la-Neuve et la responsabilité publique vis-à-vis de l'enseignement supérieur pour garantir le plus haut niveau possible de financement public.

La conférence d'Erevan en 2015 a permis d'accueillir un quarante-huitième pays signataires et les ministres européens de l'Éducation des états membres ont retenu un ensemble d'actions afin de consolider l'EEES par l'approfondissement des réformes structurelles.

En 2018, la conférence de Paris a retenu trois axes majeurs. Le premier concerne le développement de la mise en œuvre des trois engagements-clés cruciaux pour renforcer et soutenir la qualité et la coopération à l'intérieur de l'EEES : le système à trois cycles LMD, la conformité avec la convention de Lisbonne sur la reconnaissance des qualifications relatives à l'enseignement supérieur et une assurance qualité conforme aux références de l'EEES. Le deuxième axe a trait au développement des approches innovantes et inclusives pour apprendre et enseigner. Le troisième axe vise à intensifier la coopération transnationale en intégrant enseignement supérieur, recherche et innovation en augmentant la mobilité des étudiants, des personnels et des chercheurs. La prochaine conférence ministérielle de l'EEES, initialement prévue à Rome en juin 2020, a été reportée au 19 novembre 2020 en raison de la pandémie de Covid-19.

Initié en 1999, le processus de Bologne avait pour objectif de créer l'EEES à partir de six objectifs essentiels qui ont été par la suite développés : l'adoption d'un système de diplômes lisibles et comparables, le passage au système LMD, la mise en place des ECTS, la promotion de la mobilité, la coopération européenne en matière d'évaluation de la qualité et la promotion de la dimension européenne dans l'enseignement supérieur. Officialisé en 2010, l'EEES continue de se développer en gardant appui sur les objectifs originaux de sa création. Le processus de Bologne, qui est un engagement volontaire de chaque pays membre pour réformer son système d'enseignement, a entraîné en 2009 la réingénierie de la formation en soins infirmiers, ouvrant ainsi la voie à d'autres réingénieries de formations paramédicales. Ainsi la formation infirmière est entrée dans le système LMD, le diplôme d'État infirmier étant maintenant conjointement obtenu avec un grade licence délivré par l'Université. La création obligatoire d'un GCS entre les IFSI d'une région (dispensateurs de la formation), l'Université (garant de l'apport théorique universitaire) et la Région (organisme financeur) a instauré un partenariat entre ces trois parties. Depuis quelques années, la participation et la contribution des étudiants dans les instances des IFSI est devenue plus efficiente et visible, tout comme la démarche qualité qui se développe.

Nous allons maintenant aborder la poursuite de ce processus d'universitarisation au niveau de la formation infirmière en France, en ciblant les impacts de celui-ci sur les formateurs IFSI autour de deux axes : la réflexion menée sur la réingénierie de la formation des cadres de santé et l'ouverture de la discipline des sciences infirmières à l'Université.

3.2. La poursuite du processus d'universitarisation

Dans cette partie, nous allons dans un premier temps nous intéresser aux réflexions autour de la réingénierie de la formation des cadres de santé et de ses conséquences pour les formateurs IFSI. Puis nous nous attarderons, dans un second temps, sur la création de la discipline universitaire des sciences infirmières et les perspectives engendrées.

3.2.1. La réingénierie inachevée de la formation des cadres de santé

Conjointement à la réingénierie de la formation infirmière, une réflexion sur la réingénierie de la formation des cadres de santé a été initiée dès 2009 sans avoir encore aboutie à ce jour.

Début 2009, Chantal de Singly est missionnée par la ministre de la Santé pour mener une réflexion sur « la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers » (C. de Singly, 2009, p. 3). Le rapport qui en découle est centré sur les cadres hospitaliers occupant des fonctions de management. La formation des cadres de santé doit être universitarisée et conduire à un master, les IFCS se transformant en institut supérieur du management en santé à un niveau régional avec une formation commune avec tous les autres cadres hospitaliers (cadres administratifs, adjoints des cadres, ingénieurs...). Ainsi cette réforme induit une redéfinition des référentiels métiers et compétences des cadres hospitaliers (Divay & Gadéa, 2012). Dans la lignée de la réforme de la formation des cadres de santé de 1995, ce rapport réaffirme et prolonge la volonté d'uniformisation de la fonction cadre hospitalier, en incorporant dans une formation commune les cadres administratifs notamment. Les formateurs IFSI sont évoqués avec une orientation demandée vers un master : « Les cadres formateurs en instituts de formation paramédicale qui vont désormais préparer des

professionnels obtenant un grade licence, devraient eux-mêmes être recrutés avec le niveau universitaire master » (C. de Singly, p. 54). La création de disciplines universitaires paramédicales est évoquée, avec possibilité pour les formateurs IFSI de préparer un doctorat et ainsi de s'orienter vers une carrière d'enseignant-chercheur :

À terme, cela pourra conduire certains d'entre eux à se mettre en perspective de préparer la thèse de doctorat en vue d'occuper des postes universitaires futurs. Pour les cadres formateurs, futurs enseignants-chercheurs, cette évolution est étroitement liée au développement à l'université des sciences paramédicales (*Ibid.*).

Ce rapport interroge le parcours professionnel des formateurs IFSI et propose « que soit possible pour ceux qui le souhaitent une carrière partagée entre un exercice professionnel de cadres en établissement et une activité de formation » (*Ibid.*). L'alternance des fonctions de management et de formation est ainsi suggérée pour les formateurs IFSI. Ce travail de réflexion se prolongera et débouchera sur un autre rapport, générateur de polémiques.

Le rapport intitulé « Quelles formations pour les cadres de santé hospitaliers ? » de Michel Yahiel et Céline Mounier paraît en novembre 2010. Il rejoint cette notion de carrière partagée, allant même plus loin que le rapport précédent de Chantal de Singly (2009) en ne proposant plus mais en estimant indispensable de « garantir des allers-retours beaucoup plus réguliers entre périodes d'enseignement et fonctions opérationnelles (Yahiel & Mounier, 2010, p. 3). Tout en reconnaissant l'investissement des formateurs IFSI dans les formations universitaires et l'adaptation de ceux-ci à la réforme de la formation infirmière de 2009 avec « beaucoup de rapidité et de professionnalisme » (*Ibid.*, p. 27), ce rapport critique « l'immobilisme de la carrière des cadres formateurs » (Divay & Gadéa, 2012, p. 49). La mission a retrouvé dans plusieurs cas des affectations « de longue, voire de très longue durée sur ces fonctions pédagogiques » (Yahiel & Mounier, 2010, p. 27) et il ne lui « semble ni souhaitable, pour les intéressés, pour les élèves et pour le système hospitalier, ni possible, dans un contexte de raréfaction des ressources, de le laisser perdurer » (*Ibid.*). Les auteurs recommandent alors d'instaurer une alternance régulière entre les fonctions de formation et les fonctions d'encadrement (recommandation 11). Ceci permettant aux formateurs IFSI « de faire valoir une crédibilité parfois remise en cause par leurs collègues du terrain » (*Ibid.*). Pour ce faire, le rapport propose que la durée des affectations soit fixée par une convention tripartite (établissement gestionnaire, centre de formation et formateur) et ne dépasse pas trois ans, renouvelable une fois. De plus dans la recommandation 13, il est exigé trois à cinq ans de pratique en tant que cadre de proximité avant de devenir formateur. L'alternance des cadres entre le management et la formation vient ici comme une réponse à la légitimité des formateurs

IFSI, tout en permettant de répondre à des enjeux institutionnels en termes de déficit de cadres de santé dans les unités de soins. Cependant la fonction de formation semble perçue comme un passage transitoire dans un métier de cadre de santé centré sur la fonction managériale. Nous notons que l'intérêt de cette alternance ne semble bénéfique qu'aux formateurs IFSI. En effet, celle-ci n'est même pas évoquée pour les cadres de proximité qui souhaiteraient uniquement réaliser leur carrière dans le management. Le rapport Yahiel et Mounier (2010) a fait réagir le CEFIEC et d'autres associations professionnelles qui ont obtenu du ministère qu'il ne soit pas donné suite aux conclusions de ce rapport. La réflexion sur la réingénierie de la formation des CDS a alors pris une autre orientation.

Initiée en juillet 2011, la réingénierie de la formation des CDS a débouché sur deux référentiels d'activités et de compétences distincts pour les cadres de proximité et pour les formateurs (DGOS, 2012), décrivant ainsi deux métiers différents avec des compétences communes et des compétences spécifiques. Pour le CEFIEC cette séparation des activités du CDS formateur et du CDS manager était souhaitable pour une meilleure lisibilité dans le but de favoriser la reconnaissance des activités et des compétences des CDS formateurs IFSI (Charpentier & Pastol, 2012). Les travaux devaient reprendre en juin 2013 avec l'élaboration de référentiels de formation. Plusieurs questions se posaient alors aux niveaux du cursus de formation en lui-même et de sa durée (Hedef-Capelle, 2013). La formation va-t-elle s'orienter vers une durée de quatre semestres (contre deux actuellement) et ainsi correspondre à un niveau master ? Cette modification de la durée aurait une incidence sur le financement de la formation. Par ailleurs, cette formation des cadres de santé se construira-t-elle avec un tronc commun et des spécificités aux deux fonctions ? Une formation unique est-elle encore envisageable avec des acquisitions de compétences différenciées (Lenoir-Salfati, Dardel, & Monnier, 2013) ? Faut-il alors élaborer deux cursus différents ? Quid dans les deux cas de la mobilité possible actuellement entre le management et la formation pour les cadres de santé infirmiers ? Quelques réponses semblaient avoir été apportées. Pour Benque (2017), « les membres du groupe de travail [...] ont séché sur le référentiel de formation. Un processus en Y, avec un tronc commun d'un an, puis une seconde année différenciant les formations de manager et de formateur, avait la préférence des protagonistes ». Mais plusieurs écueils identifiés, « les éventuelles passerelles entre ces deux disciplines, les coûts liés à la deuxième année de formation, ainsi que le grade sanctionnant ce diplôme » (*Ibid.*), ont conduit la DGOS à repousser ce projet. Les travaux n'ont pas repris depuis et restent donc à ce jour inachevés. Mais il existe sans doute d'autres raisons que celles évoquées ci-dessus pour expliquer l'arrêt de cette réingénierie.

3.2.2. La création d'une discipline universitaire en sciences infirmières et les perspectives engendrées

Initiée en mars 2015 par le Premier ministre, en lien avec les ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche, la Grande conférence de la santé intitulée « Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels » a eu lieu le 11 février 2016. Elle renforce alors et accélère les processus d'universitarisation des formations paramédicales avec notamment la mesure 13 qui propose de confier à moyen terme aux universités l'encadrement pédagogique des formations paramédicales, en faisant de ces dernières des formations universitaires à part entière. Trois autres mesures retiennent particulièrement notre attention. La mesure 20 incite au développement de la pratique avancée infirmière, prévue par la loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016 (article 119). Le décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 instaure un diplôme d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA), qui est un diplôme d'État délivré par l'université et reconnu au grade master à l'issue d'une formation de deux ans. La mesure 11 vise à développer l'accès des étudiants en santé aux formations à la recherche afin de favoriser l'acquisition de doubles compétences soignant-chercheur. Ainsi l'ensemble des professionnels de la santé doit pouvoir trouver au niveau M (master) et au niveau D (doctorat) des formations dans sa filière et les débouchés afférents en matière de recherche et de formation. La mesure 15 préconise de concourir à l'émergence d'un corps d'enseignants-chercheurs pour les formations paramédicales. Ces mesures permettraient de finaliser le système LMD pour les formations paramédicales et incitent par là même, sans le dire explicitement, à la création de disciplines paramédicales universitaires.

Le rapport établi conjointement par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et par l'Inspection Générale de l'Administration, de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR) propose, dans le prolongement de la Grande conférence de la santé de 2016, des recommandations pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'Université, (Allal *et al.*, 2017). En lien avec la mesure 13 de la Grande conférence de la santé, la priorité identifiée est « d'achever la réingénierie des professions paramédicales, et donc leur inscription dans le schéma licence-master-doctorat » (Allal *et al.*, 2017, p. 9). Dans un premier temps, ce rapport préconise de reprendre la réingénierie de la formation des cadres de santé en maintenant sa durée à un an et en précédant celle-ci d'une année en tant que faisant-fonction. Cette année de formation étant couplée à un parcours universitaire de management en santé conduisant à un master (recommandation 19). Cette orientation semble éloigner les

formateurs paramédicaux du diplôme de cadre de santé, ce qui est confirmé par les recommandations 21 et 22. Jusqu'ici, selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, les formateurs IFSI doivent être titulaires d'un titre permettant l'exercice de la profession enseignée et du diplôme de CDS (ou diplôme équivalent). La recommandation 22 envisage la suppression de toute référence au diplôme de CDS et de rendre nécessaire pour être formateur permanent un diplôme universitaire de niveau I (master ou doctorat), « afin de permettre à des professionnels de participer à la formation sans se couper de leur exercice professionnel et en développant des formules partagées qui ne soient plus exclusivement de "formateur permanent" » (*Ibid.*, p. 65). Enfin la recommandation 21 propose d'engager sans délai la réflexion en vue de créer pour la maïeutique et les sciences infirmières, la rééducation et les disciplines médico-techniques des disciplines universitaires et ainsi d'élargir le CNU à ces disciplines de santé. Ces dernières seraient constituées d'un corps d'enseignants-chercheurs bi-appartenants, « condition nécessaire pour concilier temps de formation et recherche, et temps d'exercice clinique » (*Ibid.*, p. 63). Ce rapport propose donc la création de disciplines paramédicales universitaires avec des enseignants-chercheurs bi-appartenants (maîtres de conférences et professeurs des universités) sur le modèle des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques qui dépendent du CNU-Santé. Cette bi-appartenance entraînerait un partage du temps entre les soins, la formation et la recherche. La disparition possible du titre (et donc de la formation) de cadre de santé pour les formateurs paramédicaux non enseignants-chercheurs serait remplacée par l'acquisition d'un titre universitaire de niveau I. Ce rapport met en avant la volonté de développer une alternance, non plus entre le management et la formation comme dans les rapports de Singly (2009) et Yahiel et Mounier (2010), mais entre l'activité clinique et l'activité de formation (et aussi de recherche pour les enseignants-chercheurs).

Dans ce contexte, l'avenir des formateurs est clairement interrogé : « Les évolutions possibles des statuts des formateurs dans ces filières devront être examinées, afin de garantir le bon déroulement de carrière des actuels formateurs mais également de les intégrer pleinement dans les universités » (Buzyn & Vidal, 2017). Coordonnateur de la Grande conférence de la santé, Stéphane Le Bouler a été nommé responsable du projet d'universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique. Un rapport a été rendu (Le Bouler, 2018) dont sont issues douze propositions. Trois d'entre elles retiennent plus particulièrement notre attention. La proposition 1 consiste en une reprise de la réingénierie des formations paramédicales, qu'il s'agisse d'une première réingénierie ou de la reprise d'un processus déjà conduit, de façon à actualiser au besoin les référentiels métiers et compétences, et également de façon à disposer de référentiels de formation adaptés,

susceptibles de rendre compte de la nouvelle organisation des formations en lien avec l'Université. *A priori*, ce travail ne devrait pas déboucher sur une augmentation de la durée des études. Les référentiels de formation ainsi produits permettraient de mieux articuler les cursus de formation paramédicaux et les cursus universitaires afin de rendre possible la poursuite des études aux niveaux master et doctorat. L'intégration pleine à l'Université des formations paramédicales au-delà de la licence est énoncée avec un principe simple : « L'intégration à l'Université ou, à tout le moins, un rapprochement très substantiel avec l'Université doit désormais être la règle pour les formations au-delà du niveau licence » (Le Bouler, 2018, p. 35). Pour ce faire, le rapport invite à reprendre les travaux préalablement entrepris sur la réingénierie de la formation des cadres de santé (C. de Singly, 2009) dans le contexte actuel de l'universitarisation. La proposition 2 invite à stimuler les initiatives territoriales concourant à une pleine intégration universitaire et à conduire de façon prioritaire un travail sur les fonctions d'encadrement et l'organisation des écoles de cadres. Le rapport Le Bouler (2018) vise également à favoriser la constitution d'un vivier d'enseignants-chercheurs issus des filières paramédicales et de maïeutique. Mais le statut de bi-appartenance des enseignants-chercheurs défendu par le rapport IGAS-IGAENR (Allal *et al.*, 2017) est infléchi en ouvrant la possibilité d'une mono-appartenance avec un partage du temps entre la formation et la recherche. La question est également posée de la création d'une section universitaire générique paramédicale ou de section spécifique comme les sciences infirmières. La proposition 5 du rapport invite à conduire des travaux techniques et de concertation en vue de favoriser les recrutements d'enseignants-chercheurs issus des filières paramédicales et de maïeutique. Le rôle des formateurs IFSI actuels est décrit comme primordial, tout en précisant que ce groupe professionnel sera nécessairement touché par ces changements, mais qu'il n'existe pas de raison « de nourrir des inquiétudes quant au devenir individuel des personnels en place, ces corps professionnels sont évidemment impactés par les évolutions en cours [...] quant au recrutement des formateurs, et en particulier la mobilisation d'enseignants chercheurs parmi ceux-ci » (Le Bouler, 2018, p. 36). Suite à la présentation de ce rapport, un comité de suivi du processus d'universitarisation des formations en santé a été créé pour impulser les travaux techniques et de concertation et en assurer le suivi sous la présidence de Stéphane Le Bouler.

La réflexion relative au processus d'universitarisation des formations paramédicales s'est donc poursuivie sous l'égide du comité de suivi et a débouché le 30 octobre 2019 sur un décret qui a entériné la création des trois sections maïeutique, sciences de la rééducation-réadaptation et sciences infirmières au sein du CNU pour les disciplines de santé (appellation qui est venue remplacer celle de CNU pour les disciplines médicales, odontologiques et

pharmaceutiques) avec statut de mono-appartenance. Le choix entre ce statut et celui de bi-appartenance a été effectué avec un « parti pris de pragmatisme » (Richard & Le Bouler, 2019, p. 11), et ce pour plusieurs raisons. Initialement la référence à des personnels de santé a conduit naturellement aux statuts hospitalo-universitaires de bi-appartenance permettant un partage du temps entre les soins, la formation et la recherche. Cependant la « coexistence des trois dimensions, sans parler d'une quatrième, les tâches de management » (*Ibid.*) n'est pas toujours bien vécue par les personnels hospitalo-universitaires. De plus, les formateurs IFSI étant actuellement détachés de toute activité clinique, un statut d'enseignant-chercheur mono-appartenant ouvre la porte à une activité clinique via un cumul d'activités ou un exercice libéral. Enfin le choix d'un statut de bi-appartenance pour ces enseignants-chercheurs (entraînant la création d'un statut particulier et générant des charges nouvelles en termes d'emplois) aurait été plus chronophage encore que le choix effectué de la mono-appartenance qui « a nécessité pas moins de dix mois pour passer les différentes étapes du parcours réglé au sein des pouvoirs publics et auprès des acteurs de la concertation sociale » (*Ibid.*).

La constitution des nouvelles sections du CNU-Santé a eu lieu par nomination (arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé) comme cela est le cas lors de la création d'une nouvelle section. Nous remarquons que si dans le corps des maîtres de conférences des universités ce sont des infirmiers qui ont été nommés, cela n'est pas le cas dans le corps des professeurs d'université où siègent une pharmacienne, un sociologue et un médecin, faute probablement de candidats présentant les critères requis pour postuler.

À ce jour pour être formateur IFSI, il est nécessaire, selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, d'être titulaire d'un titre permettant d'exercer la profession enseignée et du diplôme de cadre de santé (ou du CCI). Nous avons vu que la possibilité d'exercer en tant que faisant-fonction pendant une certaine période constitue une particularité assez fréquente. La création d'une discipline universitaire des sciences infirmières et le recrutement inhérent d'enseignants-chercheurs introduiront une nouvelle segmentation du groupe professionnel des formateurs IFSI, avec d'un côté des enseignants-chercheurs qui ne seraient plus nécessairement infirmiers et de l'autre côté les autres formateurs IFSI non titulaires d'un doctorat.

Par ailleurs, la formation des CDS évoluera également pour probablement réserver cette appellation aux cadres de proximité ayant une activité de management (Allal *et al.*, 2017 ; Le Bouler, 2018). Les formateurs IFSI se formeraient par le biais d'une formation universitaire

de niveau I, master et doctorat. Les deux segments du groupe professionnel des cadres de santé sont donc certainement amenés à se séparer pour donner lieu à deux groupes professionnels distincts, provoquant ainsi en quelque sorte une déségmentation du groupe professionnel des cadres de santé, comme cela était le cas à l'époque du CAFIS et du CAFIM.

Après avoir développé le processus d'universitarisation des formations paramédicales en France, notamment infirmières, nous allons maintenant dresser un bref état des lieux de l'universitarisation de la formation infirmière en Europe, consécutive au processus de Bologne.

3.3. État des lieux européen de l'universitarisation de la formation infirmière

Nous avons retrouvé de fortes disparités concernant le rôle des infirmiers, leurs compétences requises et leurs responsabilités inhérentes au niveau mondial (Currie & Carr-Hill, 2013) et au niveau européen (Jackson, Bell, Zabalegui, Palese, Sigurðardóttir & Owen, 2009). En Europe, pour un même titre d'infirmier, les niveaux de formation n'étaient pas équivalents avant le processus de Bologne (Davies, 2008). L'enseignement universitaire est recommandé pour la formation infirmière, mais n'est pas encore appliqué dans tous les pays de l'Union Européenne. Nous remarquons une grande diversité au niveau de la formation infirmière en Europe en lien avec les différences culturelles et historiques de chaque pays (Salminen, Stolt, Saarikoski, Suikkala, Vaartio & Leino-Kilpi, 2010). Par exemple au niveau de la formation clinique, deux études (Warne, Johansson, Papastavrou, Tichelaar, Tomietto, Van den Bossche Vizcaya Moreno, & Saarikoski, 2010 ; Saarikoski, Kaila, Lambrinou, Pérez Cañaveras, Tichelaar, Tomietto & Warne, 2013) ont révélé des différences importantes pour neuf pays européens (Belgique, Chypre, Espagne, Finlande, Grande Bretagne, Irlande, Italie, Pays-Bas et Suède) au niveau de la formation clinique et de la place des formateurs dans celle-ci. L'enseignement clinique varie de 33 % à 55 % dans le temps total de formation et les stages peuvent avoir une durée d'une à quarante-deux semaines (Warne *et al.*, 2010). L'accompagnement en stage varie énormément d'un pays à l'autre (Saarikoski *et al.*, 2013) : en prenant les extrêmes, en Grande Bretagne 59 % des étudiants ne rencontrent pas leurs formateurs en stage alors qu'en Irlande, ils le rencontrent plus de trois fois à 75 %... Cette étude a également permis de distinguer trois modèles de formateur en stage :

1. Le formateur qui travaille uniquement sur les lieux d'exercice professionnel : le *clinical teacher* présent dans les pays scandinaves qui évoque la monitrice de stage des années 1900 en France ;
2. Le formateur qui exerce sur le lieu de stage et en institut, ce qui correspond au modèle traditionnel dans beaucoup de pays comme le Royaume-Uni ;
3. Le formateur qui travaille exclusivement en institut de formation, ce qui est le cas en Irlande, en Suisse, et également en France. Cela induit la présence en stage de *supervisor*, de *tutor* ou de *mentor*.

Après ces considérations assez générales, nous allons maintenant nous attarder sur quelques exemples plus détaillés de formation infirmière en Europe, en précisant le statut des formateurs dans celles-ci.

En Allemagne, la formation infirmière se déroule principalement dans des instituts de formation indépendants de l'Université. Cependant, à titre dérogatoire, les *Länder* peuvent intégrer certaines de ces formations au système universitaire (Allal *et al.*, 2017). La formation est sanctionnée par un diplôme d'État sans grade universitaire, sauf dans les situations d'intégration à l'Université. Dans ce dernier cas, la poursuite en master et en doctorat est possible. Les formateurs sont des infirmiers qui ont disposé d'une formation complémentaire en pédagogie (*bachelor* ou *master*). Pour les formations universitarisées, ce sont des maîtres de conférences qui assurent les enseignements.

D'après Filion (2014), deux diplômes différents permettent d'exercer la profession d'infirmier en Belgique : le bachelier en soins infirmiers et le brevet infirmier. Le bachelier en soins infirmiers dépend des Hautes écoles et fait partie de l'enseignement supérieur court, tandis que le brevet infirmier dépend de l'enseignement secondaire professionnel. Les deux formations ont une durée de trois ans, mais seul le bachelier est reconnu au niveau licence. À l'issue de sa formation, le bachelier en soins infirmiers peut suivre une des quatorze spécialisations d'une durée d'un an. Le brevet infirmier n'y donne pas accès et propose deux orientations : soins généraux et santé mentale/psychiatrie. Pour le bachelier en soins infirmiers, les enseignants dispensant les cours sont des maîtres-assistants avec un diplôme de master en santé publique et les enseignants assurant l'encadrement de l'enseignement clinique sont des maîtres de formation pratique, titulaires au minimum du bachelier en soins infirmiers. Tous les enseignants doivent suivre une formation pédagogique d'une année leur permettant d'obtenir le certificat d'aptitude pédagogique approprié à l'enseignement supérieur.

En Espagne, la formation se déroule exclusivement à l'Université, dure quatre années et se clôt par la délivrance d'un diplôme de niveau licence. La poursuite des études jusqu'au niveau doctoral est possible. Trois catégories d'enseignants sont recensées : les professeurs d'université, les intervenants professionnels qui détiennent un doctorat et les intervenants professionnels homologués (Allal *et al.*, 2017).

La formation infirmière en Italie repose sur deux cycles universitaires (Destrebecq, 2014). Le premier cycle dure trois ans et se conclut par un diplôme de licence correspondant à 180 ECTS. Puis un autre parcours de deux ans peut conférer un niveau master en gestion ou en formation et permet d'accéder à un doctorat de recherche après trois années d'études supplémentaires. Il existe également des spécialisations (pédiatrie, urgence, gériatrie...) d'une année, conférant un master, auxquelles tous les titulaires d'une licence peuvent s'inscrire. Le cursus universitaire de la licence dépend de la faculté de médecine. Des infirmiers professeurs universitaires et hospitaliers, des tuteurs de stages et des coordinateurs infirmiers théorico-pratiques interviennent dans les enseignements.

La formation infirmière dans les pays nordiques (Danemark, Finlande, Norvège et Suède) est un enseignement professionnel qui se déroule dans des écoles polytechniques et permet d'accéder à l'enseignement supérieur universitaire par la délivrance d'une licence, avec une durée d'études de trois ans et demi. Il n'existe pas d'écoles doctorales spécifiques aux professions paramédicales. Les enseignants des écoles polytechniques sont issus de la filière infirmière et doivent disposer d'un master. Les enseignants dispensant la formation clinique sont des professionnels de santé (Allal *et al.*, 2017).

Au Royaume-Uni, la formation infirmière se déroule à l'Université et elle débouche sur une licence en sciences infirmières (*Ibid.*). Contrairement à la France, il existe une forte tradition doctorale parmi les infirmiers qui sont les personnels paramédicaux les plus susceptibles (avec les physiothérapeutes) de poursuivre leurs études jusqu'au doctorat. Les personnels enseignants sont souvent titulaires d'un doctorat avec un statut de mono ou de bi-appartenance (professeurs d'université ou praticien et professeur d'université).

Depuis 2012 en Suisse romande, la formation en sciences infirmières est officiellement de niveau licence avec la possibilité de poursuivre aux niveaux master et doctorat (Allin, 2014). Les écoles de soins infirmiers sont devenues les Hautes écoles de Santé en 2002. La formation dure trois ans et est sanctionnée par un *bachelor of sciences* en soins infirmiers. Les enseignants sont majoritairement issus de la filière infirmière. Une minorité est issue d'une autre filière tout en ayant un doctorat en sociologie, en anthropologie, en psychologie, en médecine ou encore en pharmacie. Nous retrouvons trois types d'enseignants. Tout d'abord

les professeurs qui sont détenteurs d'un master ou d'un doctorat. Puis les maîtres d'enseignement qui sont en possession d'un titre d'une Haute École (*bachelor* ou équivalent) ou d'un master, souvent en sciences de l'éducation. Enfin les assistants d'enseignement sont titulaires d'un *bachelor of sciences* en soins infirmiers.

Malgré le processus de Bologne, nous constatons une grande disparité au niveau du processus d'universitarisation des pays européens. Pour certains, comme le Royaume-Uni ou la Suisse romande, l'universitarisation semble complète. Pour d'autres pays, le processus est encore loin d'être achevé.

Dans cette approche contextuelle de notre objet de recherche, nous avons, dans un premier temps, réalisé une approche historique en abordant l'évolution des guérisseuses en IDE et des gardiens de fous en ISP, puis en examinant les différents programmes de formation des infirmiers et des personnes chargées de former ces derniers. Ensuite, dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressé au formateur IFSI contemporain à travers notamment sa dénomination, la segmentation de son groupe professionnel, son parcours professionnel antérieur, des données socio-démographiques relatives à lui-même et à son lieu d'exercice, ses activités, compétences et relations professionnelles. Enfin nous avons détaillé le processus d'universitarisation des formations paramédicales, de ses prémices à la création d'une discipline universitaire dédiée aux sciences infirmières, en nous arrêtant sur la réingénierie inachevée de la formation des cadres de santé, avant de dresser un état des lieux européen de l'universitarisation de la formation infirmière. Nous allons maintenant exposer le cadre conceptuel de ce travail de recherche articulé autour de l'université et de l'universitarisation, puis de l'identité de façon générique et de l'identité professionnelle, avant d'aborder la problématique et les hypothèses de recherche en découlant.

PARTIE II
CADRE CONCEPTUEL

1. Université et universitarisation

Historiquement, le terme « Université » désigne au Moyen-Âge, selon le Centre National de Recherches Textuelles et Lexicales (CNRTL), une « institution ecclésiastique jouissant de privilèges royaux et pontificaux, qui était chargée de l'enseignement secondaire et supérieur » qui lui est alors réservé. Une approche contemporaine de l'Université la définit comme un « établissement public de l'enseignement supérieur, constitué par un ensemble de facultés et, depuis 1968, d'unités d'enseignement et de recherche, puis de formation et de recherche regroupées dans une même circonscription administrative, au sein d'une même académie » (CNRTL). L'Université a donc un caractère public et des missions de recherche et d'enseignement puis de formation dans le cadre des formations professionnelles. Mais en a-t-il toujours été ainsi ? Par la suite, nous allons examiner l'histoire de l'Université française avant d'effectuer une présentation de l'Université d'aujourd'hui.

1.1. L'Université d'hier à aujourd'hui

1.1.1. Histoire de l'Université française

1.1.1.1. Des origines médiévales à l'époque moderne

L'Université, au sens de « communauté (plus ou moins) autonome de maîtres et d'étudiants réunis pour assurer à un niveau supérieur l'enseignement d'un certain nombre de disciplines » (Charle & Verger, 2007, p. 3), est apparue au début du XIII^{ème} siècle en Europe occidentale, plus précisément à Paris, Bologne et Oxford, puis Montpellier (Charle & Verger, 2007). Issues des écoles du Haut Moyen-Âge, où les disciplines enseignées étaient essentiellement celles de l'Antiquité, les universités naissent d'un renouvellement des savoirs induits par l'essor de l'Occident, la multiplication des échanges et la conséquence de la croissance notamment urbaine (*Ibid.*) Elles ne se réfèrent pas à un modèle unique : les universités du nord de l'Europe sont des associations de maîtres, avec une place encore

importante de l'Église, tandis que les universités méditerranéennes sont des associations d'étudiants, dont les maîtres sont plus ou moins exclus, avec un contrôle ecclésiastique moindre. Outre l'émancipation diocésaine, les premières universités présentent des traits communs notamment au niveau de leur statut associatif de maîtres et/ou d'étudiants qui s'entraident et se protègent mutuellement par le biais de représentants élus (*Ibid.*).

De nouvelles universités apparaissent au cours des XIV^{ème} et XV^{ème} siècles avec un essor d'une douzaine d'universités recensées en 1300 à environ une soixantaine en 1500, principalement en Allemagne, en France et en Espagne (*Ibid.*). Officiellement institutions ecclésiastiques, les universités deviennent de plus en plus contrôlées par les villes et les États. À cette époque, l'enseignement consistait à « reproduire un savoir figé sans chercher à l'enrichir ni à le renouveler » (*Ibid.*, p. 23). Cependant les universitaires médiévaux ne voyaient pas les études comme une fin en soi, mais elles devaient leur permettre d'en tirer un profit personnel tout en mettant « leur compétence au service de fins socialement légitimes » (*Ibid.*, p. 24). Il existait trois grades successifs : le baccalauréat, la licence puis la maîtrise ou doctorat (Charle & Verger, 2007). Le recrutement des étudiants et des enseignants était, et restera jusqu'à la Révolution, élitiste (*Ibid.*).

Les universités continuent de se multiplier à l'époque moderne pour atteindre le nombre de 143 en 1790. À la suite de plusieurs réformes, les pouvoirs politiques exercent un contrôle de plus en plus étroit « aux dépens des anciens privilèges d'autonomie » (*Ibid.*, p. 57) aux niveaux des conditions d'inscription, de la durée des études et des modalités d'examen. Dans le même temps avec les progrès scientifiques de l'époque moderne, les écoles professionnelles apparaissent pour développer des compétences non enseignées dans le cadre ancien des universités. Les États et les professions prennent alors « de plus en plus conscience que les seuls titres universitaires ne garantissaient pas par eux-mêmes une véritable compétence » (*Ibid.*, p. 61). Des écoles et des collèges professionnels furent créés et s'opposèrent aux universités du fait de leur professionnalisation affichée, d'un personnel enseignant entièrement laïc, d'un contrôle total de l'État (gestion et recrutement avec un *numerus clausus*) et d'un internat pour les élèves. Pour ces différentes raisons, la Révolution fera des écoles professionnelles le modèle de l'enseignement supérieur, par opposition aux anciennes universités (Charle & Verger, 2007).

1.1.1.2. De la Révolution à la Seconde Guerre mondiale

Conséquence de la Révolution, l'enseignement supérieur français présente l'originalité d'avoir été entièrement reconstruit suite à l'abolition des universités et à la création des grandes écoles par la Convention du 15 septembre 1793, alors que dans les autres pays européens (notamment l'Allemagne) des réformes partielles ont permis de conserver des traits médiévaux ou d'Ancien Régime (*Ibid.*).

Dans le but d'organiser un enseignement autonome par rapport à l'autorité de l'Église, Napoléon Ier fondera par le décret du 17 mars 1808 l'Université impériale qui deviendra l'Université de France. La reconstruction de l'enseignement supérieur se produit sous contrôle étatique, avec un centralisme parisien et trois préoccupations majeures : « donner à l'Etat et à la société postrévolutionnaire les cadres nécessaires à la stabilisation d'un pays bouleversé, contrôler étroitement leur formation en conformité avec le nouvel ordre social et empêcher la renaissance de nouvelles corporations professionnelles » (*Ibid.*, p. 71). L'accès aux universités reste élitiste et inégalitaire. Contrairement au modèle allemand, la recherche est peu présente dans les universités françaises qui, sous un mode étatique et centralisé, privilégient l'accès contrôlé à une profession au développement de la science (Charle & Verger, 2007).

Les historiens de l'éducation caractérisent la période 1860-1940 « comme celle de la diversification, de l'expansion et de la professionnalisation de l'enseignement supérieur » (*Ibid.*, p. 87). Ceci va « de pair avec la prégnance du modèle allemand comme source d'inspiration des réformes dans les pays aux universités demeurées traditionnelles » (*Ibid.*). Dans cette période, avec l'émergence du modèle américain de l'enseignement supérieur de masse, l'enseignement supérieur a pour enjeu « la promotion sociale des individus, l'affirmation nationale, le progrès scientifique et économique national et international, la formation des élites et, au-delà, des cadres sociaux et même l'évolution des rapports entre les sexes avec le début de la féminisation des études supérieures » (*Ibid.*).

La défaite française lors de la guerre franco-allemande de 1870 entraîne une critique du système napoléonien des universités. Un double souci, de développement de la fonction de recherche universitaire sur le modèle germanique et de rééquilibrage d'un système hypercentralisé, apparaît alors. La réforme universitaire française (1868-1904) amène la création par Victor Duruy des laboratoires de recherche « où l'on transmet la science sous forme de séminaires spécialisés rompant avec le cours formel destiné au grand public » (*Ibid.*, p. 92). Cette réforme est également administrative : la loi du 13 juin 1896 relative à la

constitution des universités dote celles-ci d'une personnalité civile leur permettant de disposer de conseils élus, de maîtriser une partie de leur budget, de créer ou supprimer des chaires et de recevoir des donations. Par rapport aux avancées de la réforme, la décentralisation a progressé mais sans réellement entamer la domination parisienne : toutes universités confondues, 55 % des étudiants étaient parisiens en 1876 contre 43 % en 1914, puis 54,9 % en 1934-1935 (Charle & Verger, 2007). La réforme entraîne également une diversification des disciplines enseignées et l'apparition du corps des maîtres de conférences. L'enseignement supérieur de la III^{ème} République devient plus démocratique, mais reste à dominante bourgeoise (en 1939, 49 % des étudiants étaient issus de la bourgeoisie économique et libérale, 39 % des classes moyennes, 7 % étaient fils d'artisans, d'ouvriers ou d'agriculteurs) avec une féminisation des effectifs concrète (10 % en 1910-1911 contre 27 % en 1936). Cependant les grandes écoles, où les milieux supérieurs sont davantage représentés, posent un bémol à cette démocratisation de l'enseignement supérieur (*Ibid.*). En 1991-1992, ces grandes écoles admettaient 4 % des étudiants français, mais correspondaient à 30 % du budget total de l'enseignement supérieur (Renaut, 1995).

La fin de la Seconde Guerre mondiale marque le passage mondial à une université de masse avec une expansion des effectifs étudiants (Charle & Verger, 2012). Les universités en France accueillent 60 000 étudiants en 1938, 300 000 en 1968 et 1 515 000 à la rentrée 2001-2002 (Renaut, 2002). En 2018-2019, 1 614 900 étudiants étaient inscrits dans les universités françaises (MESRI, 2020).

Depuis 1940, l'enseignement supérieur est une institution centrale pour les sociétés européennes. Il est devenu « le lieu de l'innovation scientifique, sociale et même politique » (Charle & Verger, 2007, p. 120). En effet, la plupart des grandes transformations sociétales sont « annoncées ou se préparent en son sein » (*Ibid.*, p. 121).

1.1.2. Présentation structurelle de l'Université française contemporaine

En France, une université est, comme définie précédemment, un « établissement public de l'enseignement supérieur, constitué par un ensemble [...] de formation et de recherche regroupées dans une même circonscription administrative, au sein d'une même académie » (CNRTL). Nous notons ce lien devenu consubstantiel entre formation et recherche au sein de l'Université, qui fait partie du service public de l'enseignement supérieur dont les

missions sont énoncées par l'article L123-3 du Code de l'éducation modifié par la loi du 22 juillet 2013 :

- La formation initiale et continue tout au long de la vie ;
- La recherche scientifique et technologique, la diffusion et la valorisation de ses résultats au service de la société ;
- L'orientation, la promotion sociale et l'insertion professionnelle ;
- La diffusion de la culture humaniste, en particulier à travers le développement des sciences humaines et sociales, et de la culture scientifique, technique et industrielle ;
- La participation à la construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur et de la recherche ;
- La coopération internationale.

1.1.2.1. Organisation et fonctionnement

Depuis son origine, la gouvernance des universités est tripartite entre les enseignants, le(s) pouvoir(s) tutélaire(s) (Église et/ou État) et les étudiants, avec des influences respectives variables avec le temps (Gachassin, 2013). Le fonctionnement de l'Université, basé sur l'autonomie et la démocratie interne, est esquissé par la loi Faure (1968), confirmée par la loi Savary du 26 janvier 1984 et par la loi Pécresse du 10 août 2007, puis retouchée par la loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche du 22 juillet 2013. L'administration d'une université est assurée par le président de l'université, le conseil d'administration et le conseil académique (article L712-1 du Code de l'éducation).

Le président de l'université est élu à la majorité absolue des membres du conseil d'administration pour un mandat de quatre ans, renouvelable une fois. Il préside le conseil d'administration, représente son université et dispose du pouvoir exécutif (article L712-2 du Code de l'éducation).

Le conseil d'administration comprend vingt-quatre à trente-six membres dont des représentants des enseignants-chercheurs, des personnalités extérieures à l'établissement, des représentants des étudiants et des représentants des personnels ingénieurs, administratifs, techniques et des bibliothèques. Il détermine la politique de l'établissement en approuvant le contrat d'établissement, en votant le budget, en approuvant les accords et conventions signés par le président et en adoptant le règlement intérieur de l'université (article L712-3 du Code de l'éducation).

Le conseil académique regroupe les membres de la commission de la recherche et de la commission de la formation et de la vie universitaire. En son sein, sont constituées la section disciplinaire mentionnée et la section compétente pour l'examen des questions individuelles relatives au recrutement, à l'affectation et à la carrière des enseignants-chercheurs (article L712-4 du Code de l'éducation). La commission de la recherche du conseil académique, qui comprend vingt à quarante membres (représentants des personnels, représentants des doctorants et personnalités extérieures) (article L712-5 du Code de l'éducation), répartit l'enveloppe des moyens destinée à la recherche telle qu'allouée par le conseil d'administration et sous réserve du cadre stratégique de sa répartition, tel que défini par le conseil d'administration (article L712-6-1 du Code de l'éducation). La commission de la formation et de la vie universitaire du conseil académique est composée d'enseignants-chercheurs et d'enseignants, d'étudiants, de personnels administratifs, techniques, ouvriers et de service et de personnalités extérieures (article L712-6 du Code de l'éducation). Elle comporte vingt à quarante membres et est consultée sur les programmes de formation des composantes.

Les universités regroupent plusieurs composantes qui sont des Unités de Formation et de Recherche (UFR) ou des écoles et des instituts (article L713-1 du Code de l'éducation). La loi Faure (1968) a supprimé et remplacé les facultés par des unités d'enseignement et de recherche, qui ont-elles-mêmes été remplacées par les UFR avec la loi Savary (1984). Créées par délibération du conseil d'administration, les UFR associent des départements de formation et des laboratoires de recherche. Les écoles et les instituts sont créés par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur sur proposition ou après avis du conseil d'administration de l'université et du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche.

1.1.2.2. Personnels enseignants des universités

Plusieurs catégories de personnels enseignants coexistent au sein de l'Université, avec des statuts (fonctionnaire ou contractuel) et des missions (formation et recherche ou uniquement formation) différents. Les enseignants-chercheurs sont des personnels permanents et exercent des fonctions de formation et de recherche dans les domaines suivants (article L952-3 du Code de l'éducation) :

- L'enseignement incluant formation initiale et continue, tutorat, orientation, conseil et contrôle des connaissances ;
- La recherche ;
- La diffusion des connaissances et la liaison avec l'environnement économique, social et culturel ;
- La coopération internationale ;
- L'administration et la gestion de l'établissement.

Bénéficiant d'une pleine indépendance et d'une entière liberté d'expression dans l'exercice de leurs fonctions d'enseignement et de leurs activités de recherche (article L952-2 du Code de l'éducation), les enseignants-chercheurs sont répartis dans les corps des professeurs des universités (PU) et des maîtres de conférences (MCF). Le Conseil National des Universités (CNU), divisé en sections qui correspondent aux disciplines officielles, est chargé de la gestion de la carrière des enseignants-chercheurs. Enfin les enseignants-chercheurs membres du personnel enseignant et hospitalier (médecins, pharmaciens, dentistes) des centres hospitaliers et universitaires exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière (article L952-21 du Code de l'éducation). En plus de leurs fonctions d'enseignement et de recherche, ils assurent des fonctions hospitalières d'ordre clinique. Nommés par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, ils ont ainsi un statut de bi-appartenance et dépendent du CNU-Santé. Les autres enseignants-chercheurs qui dépendent uniquement du ministère de l'enseignement supérieur ont un statut de mono-appartenance.

Les Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER) ont un statut de contractuel et exercent des missions d'enseignement et de recherche (décret du 7 mai 1988).

Les personnels enseignants du second degré affectés dans le supérieur ont exclusivement une mission d'enseignement. Ils sont fonctionnaires de l'État comme les professeurs agrégés (PRAG) ou les professeurs certifiés (PRCE).

Enfin il existe des enseignants associés qui sont contractuels avec uniquement une mission d'enseignement.

Après cette présentation historique et structurelle de l'Université, nous pouvons maintenant nous intéresser à l'universitarisation.

1.2. L'universitarisation

Qualifié de « barbarisme un peu flou » (Schweyer, 2008, p. 120), le terme « universitarisation » est un néologisme (Bourdoncle & Malet, 2007). Il est apparu vers les années 2000 et est composé du terme « Université » et du suffixe « sation » (Boissart, 2017). Ce dernier nous indique un processus d'action : « Suffixe issu du latin *-tionem*, entrant dans la construction de nombreux substantifs féminins qui expriment une action ou le résultat de cette action » (CNRTL). L'universitarisation est donc un processus d'entrée active dans l'Université, qui correspond à un « mouvement d'expansion des universités par développement ou absorption de formations professionnelles supérieures » (Bourdoncle, 2009, p. 19).

Ainsi ce processus rend universitaires des formations qui existaient auparavant ailleurs qu'à l'Université. Selon Lessart et Bourdoncle (2002), une formation professionnelle est une formation qui prépare explicitement à l'exercice durable d'une profession organisée et reconnue. Elle comporte plusieurs dimensions autour du savoir, savoir-faire et savoir-être. Le savoir correspond à « l'appropriation des connaissances qui fondent cet acte professionnel » (Lessard & Bourdoncle, 2002, p. 134), tandis que le savoir-faire concerne « le développement des compétences nécessaires à l'accomplissement de l'acte professionnel » (*Ibid.*). Enfin le savoir-être est en lien avec la socialisation, « c'est-à-dire l'acquisition des valeurs et attitudes spécifiques au groupe professionnel » (*Ibid.*).

Cependant ce processus d'universitarisation est double comme l'explique Bourdoncle (2007), l'absorption par l'Université d'institutions de formations professionnelles qui lui sont extérieures renvoie bien à une universitarisation de l'institution concernée (ce qui ne sera pas sans conséquence pour les savoirs professionnels et les personnels les dispensant). Mais dans le même temps, l'Université se professionnalise en créant des diplômes professionnels universitaires et en augmentant ainsi la proportion des formations professionnelles en son sein. Tout particulièrement dans des pays comme la France, il s'agit d'un double processus conjoint d'universitarisation pour les formations professionnelles et de professionnalisation pour l'Université. Ce processus d'universitarisation de formations professionnelles repose sur une collaboration entre deux univers distincts, « jusqu'ici plus cloisonnés qu'articulés » (Piot, 2018, p. 95). Ainsi l'universitarisation des formations professionnelles supérieures ne concerne pas que les institutions de formation d'origine, elle se produit « lorsque les institutions de transmission des savoirs d'un secteur professionnel, ces savoirs eux-mêmes et les formateurs

qui les transmettent se trouvent en quelque sorte absorbés par l'université » (Bourdoncle, 2007, p. 138). Nous allons à présent détailler ces trois aspects.

1.2.1. L'universitarisation au niveau des structures

L'apparition régulière de nouveaux secteurs d'activités a entraîné un développement des formations professionnelles supérieures, accessibles après l'obtention d'un baccalauréat. L'Université se montrant réticente à créer de telles formations, l'enseignement supérieur non universitaire s'est développé. Les établissements de formation professionnelle sont le plus souvent sous une tutelle directe de l'État qui ne souhaite pas déléguer à la corporation universitaire, perçue comme trop autonome, le contrôle de la formation de ses agents directs ou indirects (Bourdoncle, 2009). Pour répondre à la démographisation de l'enseignement supérieur (qui correspond selon Langouët (2001) à la démocratisation quantitative d'accès à celui-ci), tout en voulant homogénéiser les parcours universitaires européens, la réforme de l'architecture des cursus de formation professionnelle vers le LMD a été politiquement favorisée (Agulhon, 2007). Ainsi les processus d'universitarisation des formations professionnelles supérieures se sont développés. Lors de ceux-ci, les « institutions de formation d'origine disparaissent ou sont profondément transformées au profit des structures universitaires habituelles et de leurs modes ordinaires de fonctionnement » (Bourdoncle, 2007, p. 138). L'aspect visible en premier est le rapprochement structurel et institutionnel entre l'Université et les institutions de formation originelles (*Ibid.*). Ainsi l'universitarisation, du point de vue structurel, consiste en « l'intégration organisationnelle dans les structures universitaires habituelles » (*Ibid.*, p. 139). Ce faisant, il existe un grand danger pour les institutions de formation d'origine de disparaître sans pouvoir garantir à leurs formateurs « le maintien de leur rôle et de leur pouvoir » (Bourdoncle, 2009, p. 22). Un autre risque consiste en une survalorisation des enseignements académiques au détriment des enseignements pratiques dévalués et marginalisés (Bourdoncle, 2007).

1.2.2. L'universitarisation au niveau des savoirs

Lors de l'universitarisation d'une formation professionnelle, se produit une tension entre les savoirs universitaires et les savoirs professionnels issus de l'expérience (Barrère & Legrand, 2009). Historiquement les formations professionnelles étaient beaucoup plus reproductrices que créatrices de savoirs, contrairement à l'Université qui est originellement « un lieu de transmission très particulier où les savoirs sont professés, explicités et discutés, ce qui certes reproduit le savoir ancien, mais aussi produit en même temps un savoir nouveau, plus logique et plus explicite » (Bourdoncle, 2007, p. 140). Dorénavant les savoirs professionnels devront être bien évidemment transmis, mais également être créés et accumulés en alliant les dimensions enseignement et recherche de l'Université (Bourdoncle, 2007). Historiquement l'Université s'organisait autour des disciplines, en s'appuyant sur ces dernières pour former ses étudiants. L'arrivée des formations professionnelles en son sein, l'oblige à repenser sa vision de la transmission des savoirs.

Les formations professionnelles ne se résument pas à une simple transmission de savoirs, elles visent également le développement d'un savoir-être (attitudes, valeurs, éthique) et d'un savoir-faire (Bourdoncle & Lessard, 2003). Le passage au niveau universitaire d'un paradigme de la transmission des savoirs académiques à un paradigme axé sur l'appropriation de ces savoirs en lien avec des problématiques pratiques est caractérisé par l'émergence de l'approche par compétences (Chauvigné & Coulet, 2010). L'approche par compétences en considérant « la pratique professionnelle et ses exigences – et non les savoirs disciplinaires – comme principe organisateur du *curriculum* de formation » (Bourdoncle & Lessard, 2003, p. 134), permet de réunir les trois dimensions constitutives d'une formation professionnelle : savoir, savoir-faire et savoir-être. L'apprentissage par problèmes développé initialement par Barrows (1996) pour les études médicales s'inscrit, comme l'approche par compétences, dans une visée socio-constructiviste des formations professionnelles universitaires. L'articulation entre les savoirs académiques et les savoirs pratiques est renforcée par une alternance entre des temps de formation à l'Université et des temps de formation lors de stages. Ces derniers constituent un des ingrédients essentiels des formations professionnelles (Bourdoncle & Lessard, 2003). Ils permettent notamment de travailler des analyses de pratique, qui comme la simulation par exemple, permettront de développer la réflexivité des apprenants selon le modèle du praticien réflexif de Schön (1994) et ainsi de mieux articuler encore les savoirs théoriques et les savoirs issus de la pratique.

Ainsi les formations universitaires professionnelles présentent des caractéristiques spécifiques avec des savoirs qui n'ont pas été construits autour des disciplines, mais davantage en lien avec l'agir professionnel. Au-delà de la seule transmission de connaissances, les formations universitaires professionnelles cherchent, à l'aide d'une approche par compétences et d'un apprentissage par problèmes, à développer chez les futurs professionnels les savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires à leur activité professionnelle. Une alternance entre les milieux de formation (Université et stages), associée à des méthodes pédagogiques telles que l'analyse de pratique ou la simulation, permettent aux étudiants de développer leur réflexivité. Ces formations sont donc universitaires « par l'incorporation, la production et la diffusion d'un savoir de haut niveau » (Bourdoncle & Lessard, 2003, p. 172) exigeant des étudiants une mise en action de « processus cognitifs de grande complexité dans leur appropriation de la base de connaissances et des capacités à s'en servir de manière appropriée » (*Ibid.*). Mais elles présentent également des différences avec les formations disciplinaires « par leur multidimensionnalité, leur complexité, leur référence et leur prise en compte d'un monde professionnel » (*Ibid.*).

Ce faisant l'universitarisation d'une formation professionnelle entraîne la disciplinarisation de ses savoirs, « c'est-à-dire leur élaboration selon les règles de construction du savoir admises dans la communauté disciplinaire » (Bourdoncle, 2007, p. 141). Deux processus de disciplinarisation peuvent se produire en fonction de l'antériorité ou de la postériorité de la création de la discipline universitaire par rapport à l'existence ou non de professions « construisant dans la pratique des savoirs sur les mêmes objets » (*Ibid.*). Dans le cas d'un processus de disciplinarisation primaire, la faiblesse ou l'absence même de savoirs professionnels amènera « les disciplines à se constituer sur la base des seuls savoirs académiques, avec leur exigence d'efficacité cognitive et non pratique » (*Ibid.*). Dans le cas d'un processus secondaire de disciplinarisation, comme pour les sciences infirmières, les savoirs professionnels sont repris pour être reconstruits « selon le processus ordinaire de la constitution disciplinaire » (*Ibid.*, p. 142). L'enjeu est alors pour l'Université de « trouver une voie de conciliation entre les exigences d'une pratique source (la recherche) et les exigences d'une pratique-cible (la profession) » (Postiaux & Romainville, 2011, p. 54). En effet, un des risques de toute universitarisation serait de privilégier les savoirs académiques aux savoirs pratiques par « une disciplinarisation trop radicale, qui amène des enseignements finalisés non sur la compréhension des pratiques et des terrains réels d'exercice, mais sur la recherche et la logique disciplinaire » (Bourdoncle, 2007, p. 143). Mais trop s'éloigner des savoirs académiques pourrait avoir un effet néfaste en privant les étudiants d'un étayage conceptuel nécessaire à la réflexivité.

Les tensions entre la théorie et la pratique sont inévitables pour les formations professionnelles universitaires. Elles se situent entre la « rigueur qu'exige la construction de nouveaux savoirs en contexte universitaire, même s'ils sont sans intérêt pratique, et la pertinence, qui valide les savoirs et compétences mobilisées non par leur rigueur, mais par leur capacité à résoudre les problèmes pratiques posés » (*Ibid.*, p. 144). Dans les IFSI, « dont l'enseignement vise l'opérationnalité » (Noël-Hureaux, 2015, p. 2), ces tensions se matérialisent entre les savoirs disciplinaires recherchés d'une part et la « dimension professionnelle opératoire » (*Ibid.*) attendue d'autre part. Ces tensions sont amplifiées par l'impact de l'universitarisation sur les personnels de formation des institutions de formation d'origine, confrontés à un nouveau statut dominant d'enseignant-chercheur nécessitant un doctorat pour y accéder.

1.2.3. L'universitarisation au niveau statutaire des personnels de formation

Le lien important et ancien entre recherche et formation à l'Université a pour conséquence un recrutement universitaire des enseignants sur la base de leurs travaux de recherche, avec un doctorat requis. En France, ces enseignants-chercheurs sont recrutés par concours après avoir été qualifiés par la section spécifique du CNU de leur discipline. Les institutions de formation professionnelle supérieure recrutent classiquement leurs formateurs sur l'expérience de ces derniers dans la profession enseignée ou encore sur leurs compétences de formateur, mais pas sur leurs compétences en recherche (Bourdoncle, 2007, 2009). Que deviennent alors les personnels des institutions de formation professionnelle supérieure lors de l'universitarisation de celles-ci ?

Deux configurations sont alors possibles. Dans le premier cas, les personnels pouvant s'engager rapidement dans un doctorat et ceux qui ont des attributions que ne peuvent ou ne veulent pas assurer les universitaires sont conservés. Les formateurs non retenus par l'Université sont affectés à d'autres missions d'enseignement, comme ce fut le cas au Québec dans les années soixante au moment de la disparition des écoles normales. Cette solution a un coût humain important pour les personnes amenées à quitter la formation professionnelle universitarisée et pour celles qui y restent (ou y arrivent), sur des statuts peu valorisés, en s'occupant d'aspects non pris en charge par les universitaires (relations avec les terrains, suivis de stage...).

Dans le second cas, tous les personnels de formation restent lors de l'universitarisation et « on attend que le temps fasse son œuvre et envoie en retraite ces enseignants souvent anciens » (Bourdoncle, 2009, p. 26). Cette option fut privilégiée en France pour les Instituts Universitaires de Formation des Maîtres (IUFM). Elle est plus facilement acceptée par les syndicats, mais présente un double coût du point de vue de la recherche. Tout d'abord, les possibilités de recrutement d'enseignants-chercheurs sont diminuées pendant une assez longue période. Ensuite les enseignants non universitaires doivent produire un service d'enseignement deux fois plus conséquent que celui des enseignants-chercheurs, qui ont du temps de recherche inscrit dans leur statut. Ces formateurs non universitaires se consacreront donc peu à la recherche, ce qui peut contribuer à maintenir le clivage savoirs académiques/savoirs professionnels. Ainsi, « un corps de formateurs nombreux risque d'empêcher le développement des activités de recherche et le recrutement d'enseignants-chercheurs que devrait pourtant favoriser l'universitarisation » (Bourdoncle, 2007, p. 145). Enfin ces difficultés qui pourraient être perçues comme conjoncturelles se révèlent en fait permanentes. Elles trouvent leurs origines dans « la nécessité d'associer étroitement les milieux professionnels » (*Ibid.*), ce qui induit un recours à plusieurs sortes de formateurs, et une tendance universitaire à privilégier certains statuts (enseignant-chercheur) et certains savoirs (académiques) comme nous venons de le montrer.

Nous percevons donc à travers ces trois aspects impactés par le processus d'universitarisation que celui-ci demeure une « aventure incertaine » (*Ibid.*, p. 147) qui n'est pas sans impacter les structures de formation, les savoirs enseignés et les formateurs. En lien avec ce dernier point, nous allons maintenant nous intéresser à l'évolution attendue de la posture des formateurs. En effet, comme abordé précédemment, l'universitarisation d'une formation professionnelle entraîne pour celle-ci une approche par compétences nécessitant une conception socio-constructiviste au niveau de l'ingénierie pédagogique. La posture des formateurs est donc amenée à évoluer en fonction de ces éléments.

1.2.4. Évolution de la posture du formateur engendrée par le processus d'universitarisation

Dans cette partie, nous allons nous appuyer sur les travaux de Daniel Pratt (1998) relatifs à la posture de l'enseignant en formation pour adultes en enseignement supérieur,

repris et adaptés par Marielle Boissart (2017). Pratt identifie trois dimensions inhérentes à la posture du formateur exerçant dans l'enseignement supérieur : la croyance, l'intention et l'action (Pratt & Collins, 2000). La croyance coïncide avec ce que le formateur croit qu'il fait quand il forme les étudiants. L'intention est ce que le formateur essaie d'accomplir en formation d'adultes. Enfin les actions correspondent à ce que le formateur fait effectivement en situation. Cinq perspectives d'enseignement-formation sont identifiées en rapport avec les croyances, les intentions et les actions des formateurs en formation d'adultes :

- Perspective de transmission ;
- Perspective d'apprentissage ;
- Perspective de développement cognitif ;
- Perspective de réalisation de soi ;
- Perspective de réforme sociale.

De ces cinq perspectives d'enseignement-formation dans lesquelles le formateur peut se trouver tour à tour, nous pouvons en déduire les postures correspondantes.

1.2.4.1. Perspective de transmission et posture d'animateur

Au niveau des croyances, le formateur se considère comme un expert de contenu et a tendance à élaborer des objectifs prédéterminés afin d'améliorer la qualité de son enseignement. Ses intentions sont de préparer au mieux les étudiants aux évaluations. Le but est de communiquer efficacement les contenus en partant d'objectifs précis et explicites avec un enseignement précis et ordonné. Le formateur se situe dans une posture d'animateur dans une approche traditionnelle de type behavioriste (Boissart, 2017).

1.2.4.2. Perspective d'apprentissage et posture de modèle

Dans cette vision, les connaissances et leur application ne peuvent pas être dissociées. Pour être compétent, un formateur doit être un praticien efficace. L'apprentissage est optimal lorsqu'il est effectué par des praticiens confirmés et qu'il propose un contexte réel d'application. L'intention du formateur est de servir de modèle que les étudiants peuvent

observer et imiter pour acquérir les savoirs, savoir-faire et savoir-être qui lui sont associés. Les étudiants sont perçus comme des novices ayant besoin de modèles expérimentés pour comprendre. Le formateur cherche donc à modéliser des façons d'être et de faire. Nous nous trouvons ici dans des approches behavioriste et cognitivo-behavioriste de la formation (*Ibid.*).

1.2.4.3. Perspective de développement cognitif et posture de médiateur

Cette perspective repose sur une croyance dans le potentiel cognitif de chaque étudiant. L'apprentissage se fait en fonction des connaissances antérieures, en soutenant le développement de la réflexion et en favorisant le dialogue. Pour ce faire, le formateur a pour intention de développer des façons plus complexes et nouvelles de raisonner pour trouver des solutions à des problèmes inédits. Le questionnement permanent, notamment au niveau de la remise en question des connaissances antérieures, est privilégié tout en favorisant une confrontation entre étudiants des modes de pensée. L'apprenant est appréhendé comme un être penseur et créatif par un formateur qui est dans une posture de médiateur, en se situant dans une approche socio-cognitive et socio-constructiviste (*Ibid.*).

1.2.4.4. Perspective de réalisation de soi et posture d'accompagnateur

Dans cette vision de l'enseignement, où les efforts et la persévérance doivent autant être reconnus que la réussite, le formateur ne conçoit pas de dissocier l'apprentissage de l'affectivité de l'apprenant. La prise en compte des réactions émotionnelles de l'étudiant lui permet de réaliser des apprentissages tout en développant une perception positive de lui-même. Le formateur a l'intention d'orienter son enseignement dans le sens du développement de la confiance et de l'estime de soi, en apportant une attention particulière aux relations et au climat d'apprentissage. Pour ce faire, le formateur favorise l'expression des sentiments et des émotions tout en valorisant et en encourageant les étudiants. Il développe ainsi une posture d'accompagnateur en se situant dans une approche humaniste de la formation (*Ibid.*).

1.2.4.5. Perspective de réforme sociale et posture d'agent de changement

La croyance du formateur repose sur le fait que l'enseignement est un acte moral autant qu'une activité intellectuelle : il est considéré comme un projet social, vecteur bien évidemment de changements individuels, mais également de changements sociétaux. L'intention est d'amener les étudiants à réfléchir sur leurs valeurs et à les reconsidérer afin de les inciter à s'engager pour améliorer la société. Les enseignements sont alors davantage centrés sur les valeurs que sur les savoirs. L'apprenant est vu comme un acteur social, un citoyen en construction. Le formateur est un agent de changement pour lequel tous les moyens sont bons pour parvenir à ses fins. L'approche utilisée sera donc éclectique et pragmatique (*Ibid.*).

1.2.4.6. La posture du formateur dans une formation basée sur l'approche par compétences

Dans une formation professionnelle universitarisée, le formateur peut se situer, à différents moments de son exercice, dans l'une ou l'autre de ces postures. Cependant l'approche sociocognitiviste et socioconstructiviste (Boissart, 2017), induite par un référentiel de formation basé sur un référentiel de compétences et donc sur une APC (Chauvigné & Coulet, 2010 ; Jonnaert, 2009), l'invite à privilégier la posture de médiateur correspondant à la perspective de développement cognitif. Mais les autres postures peuvent présenter également un intérêt.

La posture d'accompagnateur, par exemple, qui se situe dans un courant humaniste, permet à l'étudiant de travailler sur sa confiance en soi, indispensable dans toute formation. Elle est utile également pour créer une relation de confiance dans le cadre d'une relation d'aide pédagogique où le formateur pourra aider l'étudiant à mieux comprendre une situation-problème et ainsi l'aider à trouver sa propre solution à celle-ci. La posture d'animateur, relevant d'une approche plus traditionnelle de type comportemental, permet à l'étudiant en ayant connaissance des objectifs d'une séquence pédagogique de mieux se préparer à l'évaluation de celle-ci. La pensée critique peut être développée à l'aide de la posture d'agent de changement si elle n'est pas basée uniquement sur la revendication et la contestation, c'est-à-dire si elle s'appuie sur des bases scientifiques. Enfin la posture de modèle, basée sur des

approches comportementale et cognitivo-comportementale, correspond davantage à une conception basée sur la PPO antérieure à l'universitarisation des formations professionnelles. À cette période, les étudiants apprenaient des enseignements pour, dans un second temps, aller les appliquer en situation réelle. Cette posture laisse peu de place à la réflexivité et aux savoirs expérientiels, points essentiels des formations professionnelles universitarisées (Boissart, 2017).

Dans cette première partie conceptuelle de notre travail de recherche, nous sommes revenu sur l'histoire de l'Université française, avant de nous attarder sur une présentation structurelle de l'Université actuelle. Puis, dans un second temps, nous avons décrit le processus d'universitarisation à travers son impact sur les structures de formation, sur les savoirs enseignés et sur les personnels de formation, en précisant les évolutions posturales possiblement engendrées au niveau de ces derniers. Après la présentation du concept d'universitarisation, nous allons à présent nous intéresser aux logiques des parcours individuels dans ce contexte en développant les concepts d'identité et d'identité professionnelle.

2. Le concept d'identité

Avant d'aborder la question de l'identité professionnelle, nous devons d'abord étudier l'identité de façon générale, car comme le soulignent Fray et Picouveau (2010, p. 73) : « L'identité professionnelle commence avec sa propre identité ».

En quelques décennies l'identité a envahi l'ensemble des sciences humaines comme le prouve le nombre d'ouvrages, d'articles ou de travaux de recherche qui l'abordent. Le concept d'identité devient omniprésent dans l'univers scientifique et également dans le sens commun. À titre d'exemple, Le Coadic (2007) remarque dans les notices de la Bibliothèque nationale de France une hausse exponentielle de 8 % par an entre 1950 et 2005 des titres comportant le terme « identité », passant d'un ouvrage en 1950 à soixante-quinze ouvrages sur la seule année 2005. Dans la vie quotidienne elle est employée pour des usages administratifs, pour désigner un rapport à soi-même (qui suis-je ?) ou aux autres de façon plus collective (identité pouvant alors devenir synonyme d'ethnie, de nation, de religion, de culture...). Au niveau des sciences, le concept d'identité est devenu alors très large au fur et à mesure que ses usages se diversifient. Mais ce concept qui gagne en extension, semble perdre en compréhension comme le relève De Gaulejac (2016, p. 176) : « Sur le plan conceptuel, le terme d'identité est largement utilisé mais rarement défini. C'est une notion fourre-tout aux contours flous ». Brubaker (2001, p. 66) abonde en ce sens : « Si l'identité est partout, elle n'est nulle part ». Kaufmann (2010, 2014) corrobore ce point de vue, partagé avec Erikson (1978, p. 5) bien avant eux : « Plus on écrit sur ce thème et plus les mots s'érigent en limite autour d'une réalité aussi insondable que partout envahissante ». L'identité est donc « une des évidences les mieux partagées et les moins interrogées, du côté des acteurs mais aussi des univers savants » Corcuff (2003, p. 71). Il apparaît pour Levi-Strauss « que toute utilisation de la notion d'identité commence par une critique de cette notion » (2010, p. 331) et également que « le thème de l'identité se situe non pas seulement à un carrefour mais à plusieurs. Il intéresse toutes les disciplines » (*Ibid.*, p. 9). Par conséquent, nous reviendrons dans cette partie sur l'historicité du concept d'identité à travers ses différentes approches dans le temps : philosophique, psychologique et sociologique.

2.1. Les origines philosophiques de l'identité

2.1.1. Entre permanence et mouvement

La notion d'identité remonte aux origines de la pensée et est inscrite dans l'histoire de l'humanité depuis l'Antiquité. Étymologiquement, identité vient d'*identitas* qui signifie « qualité de ce qui est le même » (CNRTL), lui-même dérivé de *idem* « le même » (*Ibid.*). Les philosophes présocratiques, tels Parménide d'Elée et Héraclite d'Ephèse, s'affrontaient dialectiquement à son sujet autour de son rapport au changement, à travers deux positions philosophiques : l'essentialisme et l'existentialisme. Parménide, représentant du courant essentialiste de l'Être stable, définit celui-ci comme « tout entier ensemble, un, continu » (Parménide, 2009, p. 127). Il est alors difficile de penser le changement, l'être est permanent, insensible aux aléas de l'Histoire. Au contraire Héraclite, qui représente le courant existentialiste de l'Être en devenir, pense qu' « on ne peut pas entrer deux fois dans le même fleuve » (Héraclite, 1987, p. 459). Pour lui tout est en perpétuel mouvement, y compris l'identité. Comment un individu peut-il être le même à travers le changement ?

2.1.2. L'identité transtemporelle

Ces enjeux philosophiques entre permanence et mouvement permanent ont été questionnés plus de vingt siècles plus tard par l'empirisme moderne. Ce courant philosophique est basé sur l'expérience comme origine de toute connaissance. En 1690, John Locke (2001) pose le problème de l'identité personnelle en proposant une interprétation psychique à celle-ci : la conscience fonde l'identité personnelle, car elle fait référence aux actions et aux pensées passées. Il se questionne sur les effets temporels sur l'identité humaine : sommes-nous la même personne qu'il y a dix ou vingt ans ? Et Locke résout cette question par la mémoire qui caractérise l'identité humaine : si nous sommes la même personne qu'il y a dix ou vingt ans, c'est que nous avons conscience de notre présent et de notre passé. Ceci révèle une identité transtemporelle d'une conscience de soi pour Chauvier (2004, p. 29) : « Ce que nous sommes conscients d'être ou d'avoir été, de faire ou d'avoir fait

n'est pas un accompagnement accidentel de notre vie de personne : c'en est le cœur, c'est ce que nous sommes essentiellement ».

2.1.3. L'identité narrative

Tout en étant en accord avec l'inscription dans le temps de l'identité, Paul Ricœur s'oppose à Locke au sujet de la permanence de l'identité de l'individu. Tout d'abord pour Ricœur, l'identité personnelle « ne peut précisément s'articuler que dans la dimension temporelle de l'existence humaine » (Ricœur, 1990, p. 138). Cependant pour Ricœur (1990), la permanence dans le temps ne permet pas de répondre à la question « qui suis-je ? » mais davantage à la question « que suis-je ? ». L'identité doit être entendue en deux sens différents : l'identité-*idem* et l'identité-*ipse* : « D'un côté, l'identité comme mêmeté (latin : *idem* ; anglais : *sameness* ; allemand : *Gleichheit*), de l'autre l'identité comme ipséité (latin : *ipse* ; anglais : *selfhood* ; allemand : *Selbstheit*) » (*Ibid.*, p.140). L'identité-mêmeté correspond donc à l'identité au sens d'*idem* en latin (le même) et renvoie à la permanence dans le temps de l'individu dans la diversité des états de sa vie. Elle équivaut au sens que Locke, qualifié de « brillant avocat de l'identité-mêmeté » par Ricœur (2004, p. 194), donne de l'identité personnelle. L'identité-ipséité, correspondant au sens d'*ipse* en latin (soi-même), révèle une unicité de soi qui contribue à une certaine cohérence dans les différents contextes de vie. Il est cependant difficile de définir l'identité personnelle en recourant conjointement à l'identité-*idem* et l'identité-*ipse* :

Sans le secours de la narration, le problème de l'identité personnelle est en effet voué à une antinomie sans solution. [...] Le dilemme disparaît si, à l'identité comprise au sens d'un même (*idem*), on substitue l'identité comprise au sens d'un soi-même (*ipse*) ; la différence entre *idem* et *ipse* n'est autre que la différence entre une identité substantielle ou formelle et l'identité narrative (Ricœur, 1985, p. 443).

L'identité narrative permet d'inclure le changement tout en recherchant la cohérence dans sa propre vie en articulant mêmeté et ipséité. À la croisée de l'histoire et de la fiction, la mise en récit permet à l'individu, tout en étant narrateur et personnage principal de son histoire, de donner une cohérence, une unité temporelle à son existence par un regard rétrospectif sur lui-même. Cet aspect narratif permettra de rendre compte de l'identité personnelle : « Un sujet se reconnaît dans l'histoire qu'il se raconte à lui-même sur lui-même » (*Ibid.*, pp. 444-445).

Ainsi après avoir dépassé l'opposition entre essentialisme et existentialisme, l'abord philosophique décrit l'identité comme un processus interne à l'individu où la mise en récit apparaît comme une condition essentielle pour accéder à l'identité personnelle. Au-delà de la subjectivité du processus biographique, une partie de notre histoire de vie reste régie par des phénomènes inconscients. L'approche historico-psychologique qui suit nous permettra de mieux comprendre ces phénomènes et leur impact sur la construction identitaire.

2.2. Une vision psychologique de l'identité

2.2.1. Inconscient et conflits dans la construction identitaire

Freud ne mentionne pas directement l'identité dans ses travaux, mais s'intéresse à la personnalité des individus, au développement de celle-ci. La première topique (Freud, 1996) élaborée en 1900 nous indique, à travers l'inconscient, que l'homme n'est pas totalement maître de son comportement, de ses réactions. La construction psychique du sujet s'opère à partir d'un rapport de tensions entre le conscient et l'inconscient, d'origine développementale avec pour point de départ la petite enfance. La seconde topique (Freud, 1999), formulée à partir de 1920, explique le détail de ces tensions en présentant le fonctionnement psychique comme une série de conflits entre le Ça, le Moi et le Surmoi. Le Ça correspond à un réservoir pulsionnel, il est le siège des pulsions (de vie, de mort, d'autoconservation). Le Surmoi résulte de la résolution du complexe d'Œdipe qui signe l'intériorisation des interdits parentaux à travers la morale et les normes sociales. Le Moi est le siège de la personnalité et est tiraillé entre les pulsions du Ça et les interdits du Surmoi, entre le principe de plaisir et le principe de réalité. La construction identitaire du sujet (sa personnalité) repose sur une dynamique développementale et se construit dans le conflit.

2.2.2. Psychanalyse et crise des identités

Erik Erikson est le père de l'identité au sens moderne du terme. Dans la lignée des travaux psychanalytiques de Freud, il introduit l'expression en 1950 de « crise des identités »

(Erikson, 1982) pour évoquer cette construction identitaire conflictuelle. Dès lors le concept d'identité ne cessera d'être exploré. L'identité est un processus temporel qui s'élabore tout au long de l'existence avec une série de ruptures, de crises : « Sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle (*sameness*) et d'une continuité temporelle (*continuity*) » (Erikson, 1978, p. 14), sans être « jamais "installée", jamais "achevée" comme le serait une manière d'armature de la personnalité ou quoi que ce soit de statique et d'inaltérable » (*Ibid.*, p. 20). Erikson tente de dépasser la théorie freudienne en insistant davantage sur le rôle des interactions sociales dans la construction de la personnalité. L'identité « peut se concevoir uniquement comme une sorte de relativité psycho-sociale » (*Ibid.*, p. 19), dans un rapport entre soi et les autres. Ainsi la « formation de l'identité met en jeu un processus de réflexion et d'observations simultanées » (*Ibid.*, p. 18) où l'individu se juge à travers sa perception du jugement des autres sur lui-même par comparaison avec eux-mêmes, tout en jugeant leur façon de le juger par comparaison avec eux-mêmes.

2.2.3. Psychologie sociale et identité pour autrui

Au niveau de la psychologie sociale, Laing (1971) relève un rapport entre une identité pour soi et une identité pour autrui. Nous retrouvons un lien avec l'approche temporelle du philosophe John Locke au niveau de l'identité pour soi : « l'"identité" est ce qui fait qu'on se sent le même, en ce lieu et en ce moment, qu'en cet autre moment et en cet autre lieu, passé ou futur ; c'est ce par quoi l'on est identifié » (Laing, 1971, pp. 104-105). L'identité pour autrui permet l'actualisation de l'identité pour soi par le biais de la relation : « Toute "identité" requiert l'existence d'un autre : de quelqu'un d'autre, dans une relation grâce à laquelle s'actualise l'identité du soi » (*Ibid.*, p.99). Laing prend en compte également le discours des individus quant à leur perception de leur identité pour soi qui est « l'histoire qu'on se raconte sur ce qu'on est » (*Ibid.*, p. 114), tout en prenant en compte le regard des autres dans une forme de continuité ou de rupture : « Ce sont les autres qui vous disent qui vous êtes. Plus tard, on endosse leurs définitions ou l'on essaie de s'en débarrasser » (*Ibid.*, p.115). Ce décalage entre les perceptions de l'identité pour soi et de l'identité pour autrui est difficile et douloureux : « C'est une performance que de se rendre compte qu'on n'est pas nécessairement celui pour qui on vous prend. Cette conscience du décalage entre l'identité-du-soi, l'être-pour-soi et l'être-pour-autrui est douloureuse » (Laing, 1971, p. 193). Pour la psychologie sociale, l'identité n'est donc pas figée, elle découle d'une construction subjective complexe qui s'inscrit au carrefour

de plusieurs histoires, « l'histoire propre et celle des échanges avec le milieu » (Giust-Desprairies, 2002, p. 50).

2.2.4. Identifications et socialisation

Pour Pierre Tap, l'identité personnelle est une « *sous-structure de la personnalité* » (1991, p. 58). Il définit l'identité en reprenant les deux facettes de l'identité (identité pour soi et identité pour autrui) évoquées précédemment :

Système de sentiments et de représentation de soi, (c'est-à-dire) l'ensemble des caractéristiques physiques, psychologiques, morales, juridiques, sociales et culturelles à partir desquelles la personne peut se définir, se présenter, se connaître et se faire connaître, ou à partir desquelles autrui peut la définir, la situer, ou la reconnaître » (Tap, 1979, p. 8).

Pour Tap (1979), la genèse de l'identité se situe au niveau des identifications successives de l'individu. L'identification est « un processus psychologique par lequel le sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications » (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 187). Le processus de formation de la personnalité, et donc de l'identité, débute donc par l'identification. En effet « sans le phénomène d'identification à un transmetteur de tradition l'homme ne pourrait avoir de véritable sentiment de son identité » (Lorenz, 1975, p. 276). L'identification joue donc un rôle majeur dans le processus de construction identitaire par un « double mouvement d'assimilation et de différenciation » (Marc, 2004, p. 34). Les identifications débutent chez l'enfant dans la sphère familiale, pour se prolonger dans le milieu scolaire puis dans le cadre professionnel à l'âge adulte. Elles permettent à l'individu d'intérioriser ses différents groupes d'appartenance. Ces derniers « s'inscrivent aussi dans une stratégie individuelle ou collective, qui projette le sujet dans l'avenir, dans une compétition pour la reconnaissance sociale, l'ascension, la valorisation ou le changement » (*Ibid.*, p. 37). Ainsi l'identité apparaît donc en lien avec la socialisation.

2.2.5. La socialisation, lien entre la psychologie et la sociologie

À partir de ses conceptions du développement chez l'enfant, Piaget (1965) propose une approche de la socialisation « complémentaire et non antagoniste des approches psychogénétiques » (Dubar, 2010, p. 19) constitutives de son œuvre. Se situant dans une approche développementale, il définit le développement mental de l'enfant « comme une construction continue mais non linéaire » (*Ibid.*, p. 20) par stades successifs (sensori-moteur, pré-opératoire, opératoire concret et formel) constituant un processus d'équilibration, « passage perpétuel d'un état de moindre équilibre à un état d'équilibre supérieur » (Piaget, 1964, p. 9). Cette équilibration s'effectue selon deux modes complémentaires à chaque stade du développement : l'assimilation et l'accommodation (Piaget, 1973). L'assimilation consiste à incorporer des éléments (choses, personnes) à une structure déjà construite : l'enfant modifie alors le monde extérieur pour le ramener à des objets connus. Lors de l'accommodation, l'enfant se transforme lui-même pour s'adapter au monde et à son évolution : l'accommodation consiste donc à modifier les structures en fonction des changements environnementaux. Ces structures mentales sont indissociables d'une forme de relation à autrui. C'est par le contact avec les autres, en passant de la contrainte à la coopération, que l'enfant s'extrait de son égocentrisme initial pour s'intégrer à différents groupes sociaux. Piaget élabore le développement de l'enfant, et donc sa socialisation, comme un processus actif d'adaptation à un environnement mental et social toujours plus complexe. La socialisation de l'enfant se réalise à un double niveau individuel et social avec une composante cognitive (interne à l'individu) et avec une composante affective, relationnelle (dirigée vers l'extérieur). Cette double dimension individuelle et sociale de la construction identitaire à travers la socialisation primaire durant l'enfance permet d'établir une relation entre la psychologie et la sociologie, mais sans en dépasser encore le clivage.

L'approche psychologique ajoute donc à l'aspect cognitif de la construction identitaire une dimension sociale. La psychologie, et ses branches que sont la psychanalyse et la psychologie sociale, nous conduisent à une vision davantage tournée vers autrui de l'identité avec l'existence d'une identité pour soi et d'une identité pour autrui. Mais l'articulation de celles-ci reste encore à développer et l'identité demeure individuelle, fortement liée au processus biographique.

2.3. Regard sociologique sur l'identité

Sur le plan sociologique, l'identité d'un individu est davantage abordée dans une dimension collective qu'individuelle, elle est donc à la fois constituée d'une identité pour soi et d'une identité pour autrui. Pour un individu, « l'identité est le produit de ses socialisations successives » (Dubar, 2010, p. 15). L'identité n'est donc pas donnée définitivement à la naissance, elle se construit lors de l'enfance (socialisation primaire), puis se reconstruit tout au long de la vie (socialisation secondaire). Originellement, deux grands courants sociologiques se sont opposés à partir des travaux de Durkheim et de Weber.

2.3.1. Approche historico-sociologique temporelle de l'identité et son prolongement dans la sociologie française

Une première approche sociologique de l'identité est développée par Durkheim au début du vingtième siècle. L'identité résulte d'une transmission entre générations à travers l'éducation qui produit l'être social en étant considérée comme une « socialisation méthodique de la jeune génération » (Durkheim, 1993, p. 102). En effet, pour Durkheim :

L'éducation est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui et la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné (*Ibid.*, p. 51).

Cette conception différencie l'identité individuelle de l'identité sociale. L'identité individuelle correspond aux pensées et est relative aux événements personnels. L'identité sociale regroupe un « système d'idées, de sentiments, d'habitudes qui expriment en nous, non pas notre personnalité, mais le groupe ou les groupes différents dont nous faisons partie » (*Ibid.*, p. 102). L'identité sociale sera donc le résultat d'une transmission générationnelle visible à travers « les croyances religieuses, les croyances et les pratiques morales, les traditions nationales ou professionnelles, les opinions collectives de toute sorte » (*Ibid.*). L'être social est donc le produit de l'éducation et il est légitimé par l'initiation qui lui donne naissance. Il s'impose à l'être individuel en lui fixant des buts et des principes pour l'ensemble de sa vie. L'identité exprime donc chez l'individu davantage les groupes sociaux dont il fait partie que sa

personnalité propre. Cette approche, qui articule la sociologie et la psychologie, privilégie l'axe temporel dans la construction identitaire à partir d'un processus biographique car l'être social se forge par le biais de l'éducation pendant l'enfance et, une fois achevée, « le sujet qui l'a subie prend rang dans la société » (*Ibid.*, p. 104).

La théorie de l'habitus de Bourdieu se situe dans la lignée des travaux de Durkheim. Les habitus sont définis 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, p. 88). L'habitus produit ainsi des pratiques commandées par les conditions passées de production de celui-ci avec « des attentes d'avance adaptées à leurs exigences objectives » (*Ibid.*, p. 105). Les individus privilégient alors les pratiques les moins risquées et les plus en accord avec leur passé, l'habitus assurant « cette sorte de soumission immédiate à l'ordre » (*Ibid.*, p. 90). Ce « processus purement social et quasi magique de socialisation » (*Ibid.*, p. 96) permettant simultanément « l'adhésion subjective et la participation active des agents à la reproduction de leur position sociale » (Dubar, 2010, p. 66). Or cette vision déterministe, qui condamnerait la société à se reproduire sans cesse et donc à ne pas évoluer, ne permet pas d'expliquer les changements sociétaux. Bourdieu (1974, 1980) infléchit sa position en précisant que l'habitus ne reproduit les structures dont il est le produit que quand celles-ci sont identiques aux structures dans lesquelles il fonctionne. Initialement perçu comme une transmission passive, l'habitus devient maintenant une incorporation active, c'est-à-dire « non seulement le produit des conditions sociales de sa transmission mais aussi le principe générateur des pratiques individuelles vécues comme librement choisies » (Dubar, 1992, p. 506). Ainsi l'identité individuelle et l'identité sociale se rapprochent, l'identité construite par l'individu lors de sa socialisation pouvant être analysée comme le produit des conditions sociales objectives issues de son passé et ses envies, motivations, aspirations actuelles subjectives. Cependant « l'ajustement anticipé de celles-ci aux probabilités objectives de réussite issues de l'expérience assure, pour le plus grand nombre, la coïncidence entre le destin personnel et la trajectoire sociale » (*Ibid.*). Malgré l'infléchissement du déterminisme de Bourdieu, l'axe temporel reste prioritaire et la continuité dans les parcours reste privilégiée aux changements marqués par la rupture.

2.3.2. Approche historico-sociologique spatiale de l'identité et son prolongement dans la sociologie française

La seconde approche historique issue de la sociologie découle des travaux de Weber (1971), initialement parus en 1921. Elle articule, non plus la sociologie et la psychologie comme dans l'approche précédente, mais la sociologie et l'économie. L'identité, ici, résulte d'un processus relationnel qui émerge davantage des systèmes d'actions que d'un processus biographique. Dans cette conception, l'axe spatial est mis en avant avec des interactions avec autrui qui sont au centre de la construction identitaire des individus. L'identité est définie comme le « résultat provisoire et contingent de dynamiques diversifiées d'engagement - ou de retrait - dans des espaces de jeu structuré » (Dubar, 1992, p. 508). Ce n'est plus ici la socialisation primaire qui est à l'origine de la construction identitaire comme précédemment, mais la socialisation secondaire au niveau du travail. Cette approche est caractéristique de la sociologie compréhensive en étant « centrée sur les interactions avec autrui et les significations subjectives investies dans l'action » (*Ibid.*).

Dans la lignée de cette tradition sociologique, Renaud Sainsaulieu (1988) abordera l'identité dans le cadre du travail à travers les rapports de pouvoir. Nous développerons les travaux de Sainsaulieu ultérieurement dans cette thèse, quand nous aborderons l'identité professionnelle *stricto sensu*.

2.3.3. La socialisation comme construction d'une identité sociale dans et par l'interaction avec autrui

À travers ces deux approches historiques de la sociologie, le concept d'identité reste encore clivé entre deux axes distincts : un axe individuel, temporel et diachronique analysé par la psychologie et ses divers courants et un axe collectif, spatial et synchronique traité sous l'angle de l'économie politique. Mead (2006) va, en explorant le rapport entre individu et société, envisager qu'ils puissent mutuellement s'influencer. Mead est le premier à décrire « de manière cohérente et argumentée, la socialisation comme construction d'une identité sociale dans et par l'interaction – ou la communication – avec les autres » (Dubar, 2000, p. 91). Ainsi il dépasse le clivage des deux approches sociologiques historiques dans un Soi résultant de l'interaction entre un Je et un Moi. Le Je est « la réponse de l'organisme aux

attitudes des autres (Mead, 2006, p. 239), c'est-à-dire « l'action de l'individu à l'encontre de la situation sociale liée à sa propre conduite » (*Ibid.*, p. 240). Il correspond donc aux actions spontanées, à la créativité en réaction aux pressions de la société. Le Moi est « l'ensemble organisé des attitudes des autres que l'on assume soi-même » (*Ibid.*, pp. 239-240). Il résulte donc de l'intégration des normes sociales et se réfère au conformisme. Le Je et le Moi sont distincts et s'appellent et se répondent réciproquement, constituant ainsi le Soi, c'est-à-dire « la personnalité telle qu'elle se manifeste dans l'expérience sociale » (*Ibid.*, p. 242). L'identité sociale sera consolidée, à l'aide d'un exercice réflexif, par l'équilibre et l'union des deux faces du Soi : le Moi intériorisant les normes du groupe et le Je permettant de s'affirmer positivement dans celui-ci. Ainsi s'effectuera l'achèvement du processus de socialisation. « La socialisation va donc, pour Mead, de pair avec l'individualisation : plus on est soi-même, mieux on est intégré au groupe » (Dubar, 2010, p. 93).

2.3.4. L'identité comme ajustement entre l'identité personnelle et l'identité sociale réelle ou virtuelle

Dans le prolongement des travaux de Mead, Goffman (1975) développe une dimension dynamique de l'identité constituée d'un ajustement entre l'identité personnelle et l'identité sociale réelle ou virtuelle. Les identités naissent des interactions sociales davantage qu'elles ne les précèdent. En opposition avec l'essentialisme, l'identité sociale est un processus continu de différenciation lié à l'appartenance à différentes catégories sociales :

Lorsqu'un inconnu se présente à nous, ses premières apparitions ont toutes chances de nous mettre en mesure de prévoir la catégorie à laquelle il appartient et les attributs qu'il possède, son "identité sociale", pour employer un terme meilleur que celui de "statut social", car il s'y inclue des attributs personnels tels que l'"honnêteté", tout autant que des attributs structuraux comme la "profession" (Goffman, 1975, p. 12).

L'identité sociale se subdivise en une identité virtuelle et une identité réelle. L'identité sociale virtuelle correspond aux attributs sociaux potentiels délivrés par autrui à partir du « caractère attribué à l'individu [...] de façon potentiellement rétrospective, c'est-à-dire par une caractérisation en puissance » (*Ibid.*). Les attributs sociaux confirmés, ratifiés formant l'identité sociale réelle. L'identité sociale est donc la résultante de la conformité ou de la non-conformité de l'impression produite sur autrui par les signes extérieurs de l'individu. Une trop grande distance entre les identités sociales réelle et virtuelle est compromettante pour l'individu dans

son rapport au monde qui l'entoure et à lui-même : « Il peut exister un écart entre les identités virtuelle et réelle d'un individu. Cet écart, s'il est connu ou visible, compromet l'identité sociale : il a pour effet de couper l'individu de la société et de lui-même » (*Ibid.*, p. 32). L'identité sociale est en lien avec la stigmatisation des autres.

L'identité personnelle est :

Liée à l'hypothèse que chaque individu se laisse différencier de tous les autres, et que, autour de ces éléments de différenciation, c'est un enregistrement unique et ininterrompu de faits sociaux qui vient s'attacher, s'entortiller, comme de la "barbe à papa", comme une substance poisseuse à laquelle se collent sans cesse de nouveaux détails biographiques (Goffman, 1975, p. 74).

L'identité personnelle résulte donc de la « combinaison unique de faits biographiques » (*Ibid.*) et de « "signes patents" qui jouent le rôle de "porte-identité" » (*Ibid.*) comme le visage, le patronyme ou encore une place dans la fratrie. Elle repose sur une unicité et se veut continue. Elle correspond au contrôle de l'information par l'individu dans un espace relationnel en lien avec la stigmatisation.

Les identités personnelle et sociale sont intriquées et influent l'une sur l'autre. Le besoin d'unicité et de continuité de l'identité personnelle s'oppose ainsi à la multitude des rôles sociaux tenus par un individu. Goffman réunit ces deux identités dans l'identité pour autrui qui correspond à une identification de soi par autrui : « L'identité personnelle et sociale d'un individu ressortissent au souci qu'ont les autres de le définir » (*Ibid.*, p. 127). Cette identité pour autrui s'oppose à l'identité pour soi qui est « avant tout une réalité subjective, réflexive, nécessairement ressentie par l'individu en cause » (*Ibid.*). L'identité pour soi est donc une identification de soi à soi. L'identité d'un individu résulte de l'ajustement permanent qui se produit entre une identité objective définie par les autres (l'identité pour autrui) et une identité subjective élaborée par lui-même (l'identité pour soi).

2.3.5. La socialisation comme construction sociale de la réalité

Berger et Luckmann (1986) prolongeront les travaux de Mead en distinguant dans ceux-ci la socialisation primaire et la socialisation secondaire. Selon Mead (2006), la construction identitaire est étroitement liée au processus de socialisation avec une tension permanente entre une tendance à l'adaptation et une tendance à l'affirmation. La socialisation primaire consiste en l'incorporation des normes et des valeurs sociétales. Elle a lieu pendant

l'enfance, se poursuit jusqu'à la fin de l'adolescence et est assurée principalement par la famille et l'école. La socialisation secondaire est définie d'abord assez classiquement comme « l'intériorisation de "sous-mondes" institutionnels ou basés sur des institutions [...] et acquisition de connaissances spécifiques de rôle, les rôles étant directement ou indirectement enracinés dans la division du travail » (Berger & Luckmann, 2018, pp. 225-226). Mais elle n'est pas ici nécessairement une simple continuité de la socialisation primaire, car d'une part « la socialisation n'est jamais complètement réussie » (*Ibid.*, p. 181) et d'autre part l' « intériorisation de la société, l'identité et la réalité, ne sont pas des phénomènes définis une fois pour toutes ni en une fois. La socialisation n'est jamais totale ni terminée » (*Ibid.*, pp. 224-225). La socialisation secondaire peut donc s'inscrire dans la continuité, mais aussi dans la rupture par rapport à la socialisation primaire. Dans le cas d'une rupture entre les deux processus de socialisation, « il faut plusieurs chocs biographiques pour désintégrer la réalité massive intériorisée dans la prime enfance » (*Ibid.*, p. 231). Contrairement aux processus de socialisation primaire, « les processus de socialisation secondaire ne présupposent pas un haut degré d'identification » (*Ibid.*, p. 233). Il sera alors plus aisé de mettre de côté les réalités intériorisées à l'âge adulte que celles intériorisées durant l'enfance. Les causes d'une rupture entre la socialisation primaire et la socialisation secondaire ont deux origines : soit la socialisation primaire a été ratée et la socialisation secondaire tentera alors de « construire une identité plus satisfaisante » (Dubar, 2010, p. 96) ou bien elle « n'est plus liée aux ratés de la socialisation primaire mais aux pressions exercées sur les individus pour modifier leurs identités et les rendre compatibles avec les changements en cours » (*Ibid.*, p. 97). Néanmoins « la socialisation secondaire n'efface jamais totalement l'identité "générale" construite au terme de la socialisation primaire » (*Ibid.*).

2.3.6. Vers une conception globale de l'identité

Claude Dubar (1992, 2001, 2010) est le premier à synthétiser les travaux précédents en dépassant le clivage psychologie et sociologie présent à travers les identités individuelles et les identités collectives (Duceux, 2006). Pour ce faire, il s'appuie sur « plusieurs tentatives très fécondes » (Dubar, 1992, p. 509), présentées précédemment dans ce travail, articulant « identité pour soi » et « identité pour autrui » (Laing, 1971), « identité sociale virtuelle » et « identité sociale réelle » (Goffman, 1975) ou encore « socialisation primaire » et « socialisation secondaire » (Berger & Luckmann, 1986). L'identité est un processus qui s'initie dans l'enfance et que l'individu ne construira pas seul, « son identité dépend autant des

jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi » (Dubar, 2010, p. 15). Cette construction se fera sous le regard d'autrui par le biais d'une suite de socialisations : « L'identité est le produit des socialisations successives » (*Ibid.*). Il montre que la socialisation s'appréhende comme un processus de construction, déconstruction et reconstruction d'identités et développe une théorie sociologique opératoire de l'identité qui « refuse de distinguer l'identité individuelle de l'identité collective » (*Ibid.*, p. 103). Dubar s'intéresse plus particulièrement à la socialisation secondaire, notamment à la socialisation professionnelle. Sa théorie de la double transaction permet ainsi de dépasser le clivage au niveau de la sociologie française entre l'approche diachronique des habitus de classe (Bourdieu, 1980) issue des travaux de Durkheim et l'approche synchronique des identités au travail (Sainsaulieu, 1988) découlant des travaux de Weber.

L'identité est une articulation entre deux processus : un processus biographique de construction de l'identité et un processus relationnel qui sont inséparables. En effet, « je ne sais jamais qui je suis que dans le regard d'Autrui » (Dubar, 2010, p. 104). Ces deux processus dynamiques et en interaction reposent sur deux notions qui sont l'identité pour soi et l'identité pour autrui.

L'identité pour soi, qui correspond au processus identitaire biographique, est construite sur des actes d'appartenance qui se rapportent à ce que nous disons de nous-mêmes, ce que nous disons que nous sommes. Elle est aussi appelée « identité sociale réelle » par Goffman (1975) et évolue dans le temps, par étapes successives, par des processus de construction et de déconstruction d'identités sociales et professionnelles en fonction d'appartenances successives : familiale, scolaire, professionnelle. L'intégration dans un nouveau groupe d'appartenance pouvant entraîner ou non l'abandon d'une partie de l'identité antérieure pour une identité en partie nouvelle, marquant ainsi une continuité ou une rupture dans ce processus biographique. Ce dernier a donc lieu dans une dimension temporelle, diachronique.

L'identité pour autrui, quant à elle, correspond au processus identitaire relationnel et est construite sur des actes d'attribution qui se rapportent à ce que les autres disent de ce que nous sommes. Elle est aussi appelée « identité sociale virtuelle » par Goffman (1975) et est liée à la reconnaissance ou à la non-reconnaissance des identités proposées par l'individu aux institutions et aux personnes en interaction avec lui dans un espace commun. Ce processus identitaire relationnel a lieu dans une dimension spatiale, synchronique.

Ces deux processus, biographique et relationnel, ne coïncident pas obligatoirement. Quand il y a désaccord entre l'identité pour soi que la personne s'attribue et l'identité pour autrui attribuée par d'autres, « il en résulte des "stratégies identitaires" destinées à réduire l'écart entre les deux identités » (Dubar, 2010, p. 107). Ces stratégies identitaires peuvent prendre deux formes : d'une part des transactions internes à l'individu et d'autre part des transactions externes entre l'individu et autrui.

Les transactions internes à l'individu sont subjectives et se situent « entre la nécessité de sauvegarder une part de ses identifications antérieures (identités héritées) et le désir de se construire de nouvelles identités dans l'avenir (identités visées) visant à tenter d'assimiler l'identité pour autrui à l'identité pour soi » (*Ibid.*). Elles résultent de stratégies d'assimilation de l'identité pour autrui à l'identité pour soi dans une transaction biographique, subjective et diachronique entre identités héritées et identités visées. Les transactions subjectives peuvent s'inscrire dans la continuité avec une reproduction des identités héritées ou alors en rupture avec celles-ci, générant ainsi une production d'identités nouvelles.

Les transactions externes entre l'individu et les autres sont objectives et visent « à tenter d'accommoder l'identité pour soi à l'identité pour autrui » (*Ibid.*). Elles tentent ainsi de conformer l'identité pour soi à l'identité pour autrui par des stratégies d'accommodation. Il s'agit de transactions relationnelles, objectives et synchroniques entre les identités attribuées (ou proposées) et les identités assumées (ou incorporées) débouchant sur une reconnaissance ou une non-reconnaissance.

Ces deux processus et les transactions qui en découlent ne sont pas séparés, mais sont dépendants et s'articulent les uns et les autres. Ces transactions constituent en quelque sorte une « négociation identitaire » (*Ibid.*, p. 108). Celle-ci se construit biographiquement à partir d'une rupture ou d'une continuité entre identité héritée et identité visée sous le regard d'autrui, et par le biais du processus relationnel à partir d'une reconnaissance ou d'une non-reconnaissance des institutions et de l'environnement social. Le sujet coopérera (c'est-à-dire qu'il acceptera) ou au contraire entrera en conflit avec (c'est-à-dire qu'il refusera) cette identification par autrui. Comme le précise Dubar : « l'enjeu est donc bien celui de l'articulation de ces deux processus [biographique et relationnel] complexes mais autonomes : on ne fait pas l'identité des gens malgré eux et pourtant on ne peut se passer des autres pour se forger sa propre identité » (*Ibid.*, p. 110). L'articulation entre ces deux transactions représente la clé du processus de construction des identités sociales.

En conclusion, pour Dubar « l'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions » (*Ibid.*, p. 105). L'identité est constituée de deux processus biographique et relationnel dont découlent respectivement l'identité pour soi et l'identité pour autrui. L'identité pour soi représente la dimension biographique, temporelle et subjective et l'identité pour autrui se caractérise par sa dimension relationnelle, spatiale et objective. Une double transaction biographique et relationnelle se produit quand ces deux identités ne coïncident pas. Elle est constituée de continuité et de rupture au niveau temporel, en rapport avec le passé, et de reconnaissances et de non-reconnaissances au niveau spatial, dans les institutions. Cependant il ne faut pas perdre de vue que ces « deux transactions sont relativement indépendantes mais nécessairement articulées » (*Ibid.*, p. 232).

3. L'identité professionnelle

L'identité professionnelle est une composante de l'identité globale de l'individu, tout en étant une superposition de celle-ci. Ainsi pour Perez-Roux, l'identité professionnelle « prend appui sur le "socle" de l'identité personnelle et y intègre des composantes professionnelles : pour trouver un équilibre, l'individu se représente la discipline, le métier, les pratiques professionnelles et s'engage dans l'action » (2006, p. 37). Elle « renvoie [...] à la manière dont les personnes appartenant à une profession définissent leur objet de travail ainsi que leur champ de compétence et leur domaine d'intervention » (Bouchayer, 1984, p. 67). Elle se construit autour des « compétences spécifiques à partir desquelles des individus se reconnaissent et se nomment, par-delà leur contexte d'exercice » (Blin, 1997, p. 15) Elle s'inscrit donc dans une dimension individuelle et également dans une dimension collective en interrogeant la perception des professionnels sur leurs pratiques et les interactions avec leurs pairs.

3.1. De l'identité au travail à l'identité professionnelle

Comme évoqué précédemment, Renaud Sainsaulieu (1988) est le premier en France à « avoir montré que les relations de travail en organisation constituaient le terreau d'un façonnement identitaire spécifique » (Osty, 1998, p. 69). Il parle d'identité au travail et envisage celle-ci, dans la lignée de l'approche historico-sociologique spatiale issue des travaux de Weber, à travers les rapports de pouvoir. Le travail est « opérateur d'identité » pour Sainsaulieu (1996, p. 190). La dimension relationnelle y est prépondérante, l'individu peut être « influencé dans sa façon de raisonner, de symboliser et d'interpréter son expérience ou celle des autres, par les circonstances de la communication dans le travail » (Sainsaulieu, 1988, p. 11). L'identité au travail se situe à une « interférence entre les structures sociales notamment de travail et structures psychiques individuelles » (*Ibid.*, p. 303) et est définie comme « cette part du système du sujet qui réagit en permanence à la structure du système social » (*Ibid.*, p. 333). L'identité au travail se situe donc à la fois sur un axe individuel et sur un axe collectif à travers les rapports de pouvoir :

Le concept d'identité désigne donc à la fois la permanence des moyens sociaux de la reconnaissance et la capacité pour le sujet à conférer un sens durable à son expérience. [...] La lutte pour le pouvoir n'est donc pas une fin en soi, mais bien le signe social d'un jeu plus profond de la personnalité, qui s'insère au cœur de toute relation prolongée (*Ibid.*).

L'identité est appréhendée ici comme le produit des « interactions de travail » (Osty, 1998, p. 70) dans une approche relationnelle (identités d'acteur dans un système d'action).

3.1.1. Quatre identités typiques au travail dans les années soixante-dix

Pour Sainsaulieu (1988), l'identité au travail s'inscrit moins dans un processus biographique que dans un processus relationnel basé essentiellement sur des relations s'inscrivant dans la durée et questionnant une reconnaissance réciproque des acteurs. Il est celui « qui contribuera le plus à faire de la notion d'identité une catégorie pertinente d'analyse au sein de la sociologie française - et francophone - du travail » (Dubar, 1998, p. 393), en basant son approche sur des « observations approfondies - y compris participantes - du fonctionnement des entreprises et des administrations » (*Ibid.*). En explorant les rapports de pouvoir dans le milieu industriel des années soixante-dix, Sainsaulieu (1988) dégage quatre identités typiques au travail. Ce sont « quatre modèles généraux de relations interpersonnelles » (Sainsaulieu, 1988, p. 335) dans des situations de travail permettant de « retrouver différentes logiques d'acteurs » (*Ibid.*, p. 336). Ces identités typiques sont issues des modalités d'accès au pouvoir et « déterminent quatre modes de réaction à l'autorité dans les relations humaines de travail » (*Ibid.*, p. 241). Elles se structurent « par la double opposition individuel/collectif et opposition/alliance » (Dubar, 2010, p. 116).

L'identité fusionnelle renvoie « à l'expérience des individus écrasés par l'aliénation au travail » (Sainsaulieu, 1996, p. 189). Elle concerne plutôt les ouvriers spécialisés et les employés anciens. Elle allie l'inscription dans le collectif, tout en étant dépendante à l'autorité, à des stratégies d'alliance avec des individus possédant individuellement peu de pouvoirs.

L'identité négociatoire est celle « des riches en pouvoir » (*Ibid.*). Elle combine aspect collectif et stratégie d'opposition. Les individus concernés sont des professionnels hautement qualifiés (cadres ou même ouvriers), possédant ainsi beaucoup de pouvoirs, qui se regroupent : « Avec cette somme de pouvoirs, la vie collective est possible et pensée comme une source de solidarité active » (Sainsaulieu, 1988, p. 243). Ils négocient en permanence leur participation contre des avantages salariaux collectifs.

L'identité affinitaire est un « modèle très personnel, individualisant des gens en situation de mobilité » (Sainsaulieu, 1996, p. 189), qui associe préférence individuelle et stratégie d'alliance. Il s'agit ici davantage de personnes évoluant sur un mode carriériste, visant donc une ascension sociale qui se fera souvent sous forme de mobilité externe à l'entreprise.

L'identité de retrait concerne ceux qui se définissent « faiblement par le travail et surtout par des activités ou des appartenances extérieures » (*Ibid.*). Elle allie préférence individuelle et stratégie d'opposition. Elle concerne des individus peu impliqués dans les rapports de pouvoir et dans le collectif, peu présents psychiquement parlant. Subissant bien souvent cette situation, l'essentiel de leur vie se situe hors du travail.

Pour Sainsaulieu (1996), ces identités typiques sont dépendantes des contextes de travail et ne peuvent se créer que par l'expérience du travail. L'individu adopte un de ces modèles identitaires en fonction de son lieu d'exercice professionnel. Ces « quatre façons de se définir par l'expérience des relations de travail » (*Ibid.*, p. 191) ont une incidence sur les rapports de pouvoir et les relations stratégiques mis en place par les personnes. Par exemple l'identité fusionnelle entraîne des luttes collectives avec des relations stratégiques « frontales » alors que l'identité négociatoire demande une grande diversité dans ses rapports à autrui. L'identité affinitaire voit des individus préoccupés par leur ascension sociale et peu concernés par les relations stratégiques tandis que dans le cas de l'identité en retrait, les personnes n'entrent même pas dans ces considérations stratégiques. « La reconnaissance par les partenaires de l'organisation - les chefs, les collègues, etc. - est au cœur de l'identité conçue principalement comme capacité à être identifié comme acteur dans un système de relations de pouvoir » (Dubar, 1998, p. 389). La reconnaissance identitaire est donc l'enjeu de ces rapports de pouvoir, en lien direct avec les quatre identités typiques précédemment décrites (fusionnelle, négociatoire, affinitaire et de retrait).

3.1.2. Le passage des formes communautaires aux formes sociétales : le déclin du collectif et l'essor de l'identité

De façon générale, le libéralisme et la modernité ont impacté les institutions et les individus les composant. En effet, « la famille, le travail, l'école, la patrie, la religion, dont les

valeurs instituées offraient des repères stables, sur lesquelles s'appuyaient les processus de socialisation dans notre société, ont subi de fortes transformations » (Palmade, 1990, p. 16). Au niveau de la sphère professionnelle, les années soixante-dix ont été marquées par des bouleversements sociaux, conséquences directes d'une crise économique sans précédent jusqu'alors : « changements dans l'organisation du travail, nouvelles stratégies patronales, montée continue du chômage, transformation des politiques d'emploi, extension du rôle sélectif de la formation » (Dubar, 1998, p. 398). Ces modifications entraînent entre autres une augmentation de l'activité féminine et des études, une transition école/emploi plus longue, un développement de la formation continue, venant ainsi renforcer un processus identitaire « historiquement, et intrinsèquement lié à la modernité » (Kaufmann, 2010, p. 17). En effet pour Dubar,

Il existe un mouvement historique, à la fois très ancien et très incertain, de passage d'un certain mode d'identification à un autre. Il s'agit, plus précisément, de processus historiques, à la fois collectifs et individuels, qui modifient la configuration des formes identitaires définies comme modalités d'identification (2001, p. 4).

Les sociétés modernes sont donc marquées par le passage de formes communautaires, caractérisées par des « relations sociales fondées sur le sentiment subjectif (traditionnel ou émotionnel) d'appartenir à une même collectivité » (Dubar, 2001, p. 29) à des formes sociétares où les relations sociales sont « fondées sur le compromis ou la coordination d'intérêts motivés rationnellement (en valeur ou en finalité) » (*Ibid.*). Dans les formes communautaires, l'identité est « socialement octroyée, un élément subordonné et non un processus autonome » (Kaufmann, 2010, p. 58). L'individu intégré dans sa communauté ne se posait pas les questions identitaires qu'il se posera par la suite. À l'inverse dans les formes sociétares qui sont apparues suite à la désagrégation des formes communautaires, l'individu est en quelque sorte libéré, mais doit s'auto-définir. L'équilibre Je-Nous (Elias, 1991) est modifié au profit de l'individualisme du Je qui prend le pas sur l'aspect collectif du Nous. Pour Kaufmann, « la montée des identités provient justement de la déstructuration des communautés, provoquée par l'individualisation de la société » (2010, p. 17). Le passage historique d'une forme communautaire à une forme sociétaire a donc permis l'affirmation de l'individu et de son identité, mais également de l'incertitude de cette dernière. Nous comprenons mieux alors l'essor de l'identité consécutif de cette évolution, « l'identité n'a connu la gloire que parce qu'elle est devenue incertaine » (*Ibid.*, p.58). En effet, l'identité « ne devient une préoccupation et, indirectement, un objet d'analyse que là où elle ne va plus de soi, lorsque le sens commun n'est plus donné d'avance » (Pollak, 2000, p. 10). Pour Dubar (2004), ce passage de relations communautaires à des relations sociétares, ayant lieu à la fin des

années soixante-dix, a été tardif en France. Jusqu'alors l'identité professionnelle était le produit d'un processus collectif, régi par des négociations syndicat/patronat avec une validation étatique. Maintenant, notamment avec l'arrivée massive des femmes sur le marché du travail, l'activité professionnelle se concilie avec un investissement familial et personnel avec un projet de vie privilégié par rapport au collectif.

La prise en compte de ces éléments sociétaux amènera Sainsaulieu et ses collaborateurs (Francfort, Osty, Sainsaulieu & Uhalde, 1995) à reconsidérer ces quatre identités typiques des années soixante-dix comme nous allons le détailler à présent.

3.1.3. De quatre à six identités typiques au travail dans les années quatre-vingt-dix

Sainsaulieu et ses collègues proposent six modèles identitaires (Francfort *et al.*, 1995) dans lesquels nous retrouvons les quatre modèles de base (Sainsaulieu, 1988) présentés précédemment. Ces six identités typiques se structurent autour de deux axes : l'importance de l'activité de travail dans la vie de l'individu, entraînant une implication faible ou forte, et le degré de sociabilité, marquant des interactions relationnelles faibles ou fortes avec les collègues.

Le modèle réglementaire découle de l'identité de retrait. L'individu est faiblement socialisé et peu impliqué. Le travail, qui est perçu comme une nécessité économique, est une obligation, difficile à vivre. Ce modèle est « plutôt caractéristique des entreprises publiques » (Sainsaulieu, 1996, p. 191).

Le modèle communautaire s'inscrit dans la continuité de l'aliénation au travail de l'identité fusionnelle. Les relations avec les collègues reposent sur un mode affectif. Regroupant des acteurs sociaux avec une ancienneté importante qui subissent les restructurations tout en se sentant disqualifiés, ce modèle est « centré sur la lutte solidaire et sur l'attachement à l'entreprise » (*Ibid.*).

Le modèle professionnel s'inspire de l'identité négociatoire. Les individus le composant sont souvent maintenant issus de nouvelles professions en rapport avec la technologie qui allie conception et exécution. Ils sont toujours hautement qualifiés. Leur implication est forte, tout comme les échanges et les négociations inhérentes en vue d'avantages et de reconnaissance sociale.

Le modèle de la mobilité rejoint l'identité affinitaire. Le projet personnel est mis en avant et les mobilités sont « non seulement hiérarchiques ascendantes mais également entre fonctions, ou géographiques, c'est-à-dire plutôt horizontales » (*Ibid.*, p. 192). Ces personnes ont su profiter de la modernisation et des innovations qui en découlent.

Le modèle professionnel de service public est lié au modèle réglementaire, mais avec des acteurs qui sont en contact permanent avec des personnes en difficulté. Ils questionnent de façon récurrente leur mission de service public et montrent un idéal de celui-ci (utilité sociale) avec une notion de service très importante.

Le modèle entrepreneurial est celui des personnes qui sont avant tout préoccupées « du résultat des ventes, de la comptabilité, de la gestion » (*Ibid.*).

Ces six modèles constituent les « identités collectives au travail dans les organisations productives des années quatre-vingt-dix » (Osty, 1998, p. 71) et restent centrés sur l'approche relationnelle. L'évolution avec les quatre identités typiques datant de la fin des années soixante-dix prend en compte les évolutions sociétales précédemment évoquées. Mais ce passage des identités communautaires aux identités sociétales et donc ce déclin du collectif au profit de l'individualisme, entraînent une individualisation de la construction identitaire. Ceci amène Claude Dubar (1992, 2001, 2010) à compléter les travaux de Sainsaulieu et de ses collaborateurs, passant ainsi des identités au travail aux identités professionnelles, en ajoutant à l'approche relationnelle une approche biographique à travers les trajectoires de vie des individus. L'identité professionnelle se construisant maintenant également à partir d'éléments qui dépassent le cadre du travail, elle s'inscrit donc dans un cadre plus large que la dimension spatiale et relationnelle à travers le processus de socialisation secondaire.

3.2. Les formes identitaires

Claude Dubar (1992, 2010) applique sa théorie de la double transaction au niveau de la socialisation professionnelle, constituante de la socialisation secondaire. L'identité professionnelle se construit à travers l'articulation de deux processus identitaires hétérogènes : le processus biographique et le processus relationnel. Ce dernier, dont découle l'identité pour autrui, se situe dans une dimension relationnelle, spatiale et objective. Il est lié aux systèmes d'action et aux rapports de force, de pouvoir dans lesquels l'individu est impliqué

et concerne « l'attribution de l'identité par les institutions et les agents directement en interaction avec l'individu » (Dubar, 2010, p. 107). Le processus biographique, qui est à l'origine de l'identité pour soi, se déroule dans une dimension biographique, temporelle et subjective. Il est en lien avec les trajectoires sociales et concerne « l'incorporation de l'identité par les individus eux-mêmes » (*Ibid.*). Quand ces deux processus ne concordent pas, il en résulte des stratégies identitaires qui tentent de réduire les écarts entre les deux identités, pour soi et pour autrui, produites. Ces stratégies identitaires prennent la forme des deux transactions objective et subjective. La transaction objective est externe entre l'individu et les autres et tente d'accommoder l'identité pour soi à l'identité pour autrui. La transaction subjective est interne à l'individu, entre la nécessité de sauvegarder une partie des identités antérieures et l'envie de construire de nouvelles identités dans le futur, et tente d'assimiler l'identité pour autrui à l'identité pour soi. L'articulation entre ces deux transactions est à l'origine de la construction des identités sociales, et plus particulièrement des identités professionnelles. L'identité professionnelle est donc le compromis entre deux identités : une identité pour autrui et une identité pour soi.

3.2.1. La transaction objective professionnelle, ses indicateurs et la question de la reconnaissance

L'identité pour autrui résulte d'un processus relationnel, synchronique et objectif. Il se caractérise par une transaction objective entre les identités attribuées par et dans les institutions et les identités assumées par les acteurs, qui peut aboutir à une reconnaissance ou à une non-reconnaissance sociale (Dubar, 2010).

Les identités assumées (ou incorporées) correspondent aux rôles professionnels intériorisés en contexte (Gravé, 2002). Les indicateurs des identités assumées, qui montrent le positionnement dans un espace professionnel, sont les motivations professionnelles, les domaines d'intervention revendiqués, les compétences nécessaires perçues pour exercer, l'appartenance à un groupe et les indicateurs auto-attribués d'un travail de qualité.

Les identités attribuées (ou proposées) sont en lien avec la reconnaissance socio-professionnelle (*Ibid.*). Les rapports déclarés avec les différents collaborateurs, en complément de l'image perçue de l'activité professionnelle, éclairent la reconnaissance par autrui sur les personnes et leur activité, et sont ainsi des indicateurs des identités attribuées.

La reconnaissance est donc centrale au niveau du processus relationnel, constitutif de l'identité pour autrui. Elle peut être définie « comme la formation d'un rapport positif à soi-même, tel qu'il est à la fois construit et conforté par autrui » (Dubet, Caillet, Cortéséro, Mélo & Rault, 2006, p. 195). Brun et Dugas (2005) ont mis en évidence quatre pratiques de reconnaissance au travail communes aux différentes approches de celle-ci (éthique, humaniste, psychodynamique et comportementaliste) : la reconnaissance existentielle, celle de la pratique de travail, celle de l'investissement dans le travail et celle des résultats. Dans une approche psychodynamique du travail, Christophe Dejours (1993) inscrit la reconnaissance au travail comme un vecteur essentiel de l'identité. Pour lui et contrairement aux idées reçues, la composante de la rétribution la plus importante que chacun attend de sa contribution au travail n'est pas matérielle (salaire, avancement...) mais symbolique. Et cette rétribution s'exprime sous la forme majeure de la reconnaissance avec « deux dimensions : la reconnaissance comme gratitude et la reconnaissance comme accusé de réception de la contribution » (Dejours, 2003, p. 51). La reconnaissance professionnelle s'exprime ainsi par deux grandes formes de jugement (Dejours, 2002, 2003) : le jugement d'utilité et le jugement de beauté. Le jugement d'utilité porte sur l'utilité économique, technique ou sociale de la contribution professionnelle d'un individu et est rendu par les supérieurs hiérarchiques et éventuellement par les subordonnés. La reconnaissance des résultats (Brun & Dugas, 2005) est une manifestation directe du jugement d'utilité. Le jugement de beauté est proféré par les pairs et contient deux niveaux. Tout d'abord, le niveau de conformité atteste que le travail accompli respecte les règles de l'art et permet un sentiment d'appartenance au groupe professionnel et une inscription dans le genre professionnel (Clot & Faïta, 2000). Ensuite quand le niveau de conformité est atteint, l'individu peut espérer accéder au second niveau du jugement de beauté : le niveau de beauté. Celui-ci montre, pour un individu, la reconnaissance par ses pairs de son originalité, de son unicité, de son style (Clot, 2006).

Après avoir traité la transaction objective professionnelle, ses indicateurs et la reconnaissance qui a un rôle majeur dans ce processus, nous allons aborder la transaction subjective professionnelle.

3.2.2. La transaction subjective professionnelle et ses indicateurs

L'identité pour soi résulte d'un processus biographique, diachronique et subjectif. Il se caractérise par une transaction subjective entre les identités héritées et les identités visées, qui peut déboucher sur une continuité avec reproduction d'identités héritées ou une rupture avec production de nouvelles identités (Dubar 2010).

Les identités héritées découlent des éléments objectifs de l'identité sociale des professionnels à travers leurs origines et trajectoires socio-professionnelles. Ses indicateurs sont donc le genre, l'âge, la situation familiale, l'origine sociale, le cursus scolaire initial, la formation professionnelle initiale et continue et le parcours professionnel (Gravé, 2002).

Les identités visées correspondent aux perspectives d'évolutions professionnelles des individus, à leurs perceptions de leur avenir professionnel à court ou moyen terme : promotion, changement de voie... (*Ibid.*).

3.2.3. Les quatre formes identitaires professionnelles typiques

Ces deux transactions subjectives et objectives sont intensément liées et diversement articulées entre continuité et rupture pour la transaction biographique et reconnaissances et non-reconnaissances pour la transaction relationnelle. Elles produisent des formes identitaires professionnelles typiques, mises en évidence par Dubar (1992, 2010), qui sont les « résultats de compromis "intérieurs" entre identité héritée et identité visée mais aussi de négociations "extérieures" entre identité attribuée par autrui et identité incorporée par soi » (Dubar, 2010, p. 231). Ces quatre formes identitaires professionnelles typiques désignent des « "systèmes de signification" particulièrement typiques qui structurent les récits biographiques et permettent de schématiser les configurations relationnelles » (Dubar, 1996, p. 42). Elles sont « intensément vécues par les individus concernés et renvoient à des définitions de soi autant qu'à des étiquetages par autrui » (Dubar, 2010, p. 231). Ce sont des formes construites par le chercheur qui n'ont pas vocation à « enfermer des individus dans des catégories mais de classer, de manière structurale et compréhensive, des structures de récits, tenus "en situation", pour mettre en évidence leurs similitudes et leurs différences » (Dubar, 1996, p. 42).

Le tableau ci-dessous (Dubar, 2010, p. 233) présente ces quatre formes identitaires professionnelles issues des travaux de Dubar dans une démarche inductive à partir des résultats de plusieurs recherches menées sous un mode empirique (Dubar, 1977, 1984, 1987).

Tableau 2 : Les quatre formes identitaires professionnelles typiques (Dubar, 2010, p. 233)

Identité pour soi	Identité pour autrui	Transaction objective	
		Reconnaissance	Non-reconnaissance
Transaction subjective	Continuité	promotion (interne) identité d'entreprise	blocage (interne) identité de métier
	Rupture	conversion (externe) identité de réseau	exclusion (externe) identité de hors-travail

L'identité d'entreprise se caractérise par une continuité dans la transaction subjective entre les identités héritées et les identités visées, et par une reconnaissance dans la transaction objective. Elle se construit « par projection dans l'espace de pouvoir hiérarchique impliquant des reconnaissances de "responsabilités", structurantes de l'identité » (Dubar, 2010, p. 232). Cette progression visée est « reconnue, encouragée, confirmée et l'on se trouve dans un processus de promotion » (*Ibid.*, p. 233). L'individu se définit par et pour l'entreprise, qui le reconnaît en lui proposant des opportunités d'évolution continue. Identité pour soi et identité pour autrui se renforcent mutuellement. Nous retrouvons une analogie avec l'identité négociatoire de Sainsaulieu (1988) et avec le modèle professionnel (Francfort *et al.*, 1995) qui en découle.

L'identité de métier est définie par une continuité dans la transaction subjective entre les identités héritées et les identités visées, mais cette fois-ci, avec une non-reconnaissance au niveau de la transaction objective entre les identités attribuées et les identités assumées. Elle se construit « en se projetant sur une filière de qualification impliquant des reconnaissances de "professionnalités" structurantes » (Dubar, 2010, p. 232). Mais cette progression visée est « invalidée, refusée, infirmée et l'on se situe dans un processus de blocage » (*Ibid.*, p. 233). L'entreprise ne propose pas d'évolution avec un métier d'origine qui ne correspond pas au travail effectué actuellement, d'où cette situation de blocage. L'analogie est présente avec l'identité fusionnelle de Sainsaulieu (1988) et avec le modèle communautaire (Francfort *et al.*, 1995) qui s'inscrit dans le prolongement de celui-ci.

L'identité de réseau découle d'une rupture au niveau de la transaction subjective entre les identités héritées et les identités visées et d'une reconnaissance au niveau de la transaction objective entre les identités attribuées et les identités assumées. Ici, la rupture dans le processus biographique « s'accompagne de confirmations légitimes par Autrui de l'identité pour soi et l'on se trouve dans un processus de conversion atteignant une identité incertaine » (Dubar, 2010, p. 232). L'identité de réseau est tournée vers le futur, vers des identités visées plus valorisantes. La reconnaissance issue de la transaction objective repose davantage sur l'institution scolaire ou l'organisme de formation que sur l'entreprise. Cette identité incertaine se joue donc entre l'espace interne du travail et l'espace externe de la formation. Ce passage du travail à la formation est « volontaire et s'accompagne de formes de confirmations de sa légitimité par les institutions (titres scolaires ou pratiques culturelles reconnues) » (*Ibid.*). Ces personnes se définissent davantage par leurs diplômes ou formations suivies que par leur travail à proprement parler. L'identité affinitaire de Sainsaulieu (1988) et le modèle de la mobilité (Francfort *et al.*, 1995) qui en découle présentent des analogies avec l'identité de réseau.

Enfin l'identité de hors-travail se caractérise à la fois par une rupture au niveau de la transaction subjective entre les identités héritées et les identités visées, et par une non-reconnaissance au niveau de la transaction objective entre les identités attribuées et les identités assumées. Ici, la rupture au niveau du processus biographique « s'accompagne d'un conflit entre l'identité attribuée par l'institution et l'identité forgée par l'individu et l'on se trouve dans un processus d'exclusion sociale atteignant une identité menacée » (Dubar, 2010, p. 232). Comme pour l'identité de réseau, il existe une « impossibilité de se construire une identité d'avenir à l'intérieur de l'espace producteur de son identité passée » (*Ibid.*). Et nous retrouvons également un passage du travail au hors-travail qui, cette fois-ci, « résulte d'un conflit et prend la forme d'un processus d'exclusion » (*Ibid.*). Ces personnes ne sont pas reconnues professionnellement et aucune perspective d'évolution n'est proposée, ni même envisagée. Dans ce cas « pour trouver ou retrouver une identité, il faut changer d'espace » (*Ibid.*), ces individus se construisent alors hors du travail. Nous percevons une analogie avec l'identité de retrait de Sainsaulieu (1998) et le modèle réglementaire (Francfort *et al.*, 1995).

Après avoir détaillé les quatre formes identitaires professionnelles de Claude Dubar, nous allons maintenant aborder un point qui nous semble manquer dans ce modèle issu de la double transaction : l'identité professionnelle investie dans le présent.

3.2.4. Du synchronique dans le diachronique : l'identité professionnelle investie dans le présent

Dans la lignée des travaux de Patrick Gravé (2002), nous trouvons pertinent d'affiner un élément au niveau de la transaction subjective par rapport à notre recherche. Pour Dubar, cette transaction biographique se situe entre les identités héritées d'un passé recomposé et les identités visées d'un avenir professionnel envisagé. Mais cette « relecture de la trajectoire biographique par les acteurs, dans une logique de production/reproduction de l'identité pour soi, peut-elle se faire hors d'un présent de cette transaction ? » (Gravé, 2002, pp. 70-71). Il nous paraît donc nécessaire d'introduire, entre les identités héritées et les identités visées, l'identité professionnelle investie dans le présent dans la transaction biographique, c'est-à-dire du synchronique dans le diachronique. L'identité professionnelle actuelle « se conçoit comme la perception que se font les formateurs de leur rôle professionnel actuel au regard de leur trajectoire biographique » (*Ibid.*, pp. 73-74). Les indicateurs de cette identité investie dans le présent sont les caractéristiques sociographiques de l'identité héritée (Gravé, 2002). Dans notre contexte de recherche, nous nous intéressons à la persistance plus ou moins forte de l'identité héritée infirmière dans l'identité investie dans le présent. Le concept de projet de Soi, et les dynamiques identitaires qui découlent de l'identité professionnelle investie dans le présent, nous permettent ainsi d'introduire la dimension actuelle dans la transaction subjective.

3.3. Les dynamiques identitaires : entre projet de Soi, tensions identitaires, stratégies identitaires et transitions professionnelles

La genèse de la notion de dynamique identitaire en tant que catégorie d'analyse se situe dans les travaux relatifs à l'engagement en formation et aux transformations identitaires qui en résultent. Barbier pose l'hypothèse que pour l'individu qui s'engage en formation la « signification qu'il accorde à la formation est intimement liée à la signification qu'il accorde globalement à sa dynamique de changement intérieur, apprécié dans son contexte » (1996, p. 22). Dans la lignée de la double transaction, Mokhtar Kaddouri centre ses recherches sur l'engagement en formation aux niveaux du projet de Soi des formés et de leurs dynamiques identitaires. Il préfère ce terme de dynamique identitaire à celui beaucoup plus polysémique

d'identité. En effet, le terme dynamique en désignant « des théories qui ont pour objet l'étude des forces en interaction, les tensions et les conflits qui les animent, ainsi que les mouvements qu'elles produisent » (Kaddouri, 2019a, p. 17) renvoie au fait que l'identité n'est pas figée, élaborée une fois pour toutes, mais en perpétuelle construction. Ceci permet d'envisager les dynamiques identitaires « comme catégorie d'analyse qui intègre un certain nombre de concepts dont la mise en relation, renforce ses potentialités heuristiques dans l'explication et la compréhension des motifs d'engagement » (*Ibid.*). Ce sont ces concepts et les liens qui les unissent que nous allons aborder ci-après.

3.3.1. Le projet de Soi

Pour Fischer, le Soi « représente l'ensemble des caractéristiques qu'un individu considère comme siennes et auxquelles il accorde une valeur socio-affective » (2015, p. 239). Nous avons abordé précédemment le concept du Soi selon Mead (2006). Le Soi est le résultat d'une interaction entre ses deux composantes le Je et le Moi. Ce dernier correspond à « l'ensemble organisé des attitudes des autres que l'on assume soi-même » (Mead, 2006, pp. 239-240) et résulte donc de l'intégration des normes sociales en se référant au conformisme. Le Je est « la réponse de l'organisme aux attitudes des autres » (*Ibid.*, p. 239) et correspond ainsi aux actions spontanées, à la créativité en réaction aux pressions de la société. La construction du Soi s'effectue « dans et par la relation interactive et tensionnelle entre ses deux composantes » (Kaddouri, 2002, p. 35).

Le Soi se trouve confronté à deux orientations identitaires quand il s'agit d'élaborer son projet. D'un côté le Moi tente de l'amener à se conformer au projet d'autrui, tandis que de l'autre côté le Je aspire à ses propres orientations identitaires. Ainsi dans la relation à autrui, le projet de Soi d'un individu est tiraillé entre un projet de Soi pour soi et un projet de Soi pour autrui que nous allons maintenant décliner.

Le projet de Soi pour autrui correspond à un « projet identitaire voulu pour le sujet par quelqu'un d'autre que lui-même » (*Ibid.*, p. 36). Il existe autant d'autrui(s) significatif(s) que de champs d'activités investis par le sujet : familial, professionnel, social, religieux, politique, etc. Dans la sphère professionnelle, l'employeur utilise « ce projet pour signifier à son destinataire un certain nombre de conduites institutionnellement valorisées auxquelles il doit se conformer » (*Ibid.*). Selon les lieux et les personnes, ce projet de Soi pour autrui peut présenter des formes différentes, allant de la prescription à la négociation (Kaddouri, 2003).

Le projet de Soi pour soi est un « projet identitaire voulu par le sujet pour lui-même » (Kaddouri, 2002, p. 36). Il donne ainsi sens à l'existence du sujet en lui servant d'anticipation et de projection de son Soi. Pour cela ce projet d'identité nécessite « la définition d'une conception de soi à réaliser, la mobilisation des ressources identitaires (estime de soi, confiance en soi...) et la mise en place de stratégies identitaires pour l'atteindre » (Kaddouri, 2009a, p. 19). Il s'agit d'une intention consciente d'action en vue de réduire une double distance vécue subjectivement par le sujet. La première distance « sépare son Soi actuel (ce qu'il est) de son Soi futur (ce qu'il voudrait être) » (Kaddouri, 2002, p. 36). Nous relevons ici l'ancrage dans le présent qui nous semble manquant dans la transaction subjective de Dubar (1992, 2010). La deuxième distance est un écart pour l'individu « entre son projet de Soi pour soi et son projet de Soi pour autrui » (Kaddouri, 2002, p. 36). Nous retrouvons dans ces deux distances, la « différence entre l'appréciation que le sujet attribue à sa propre valeur identitaire et celle qu'autrui lui accorde » (*Ibid.*). Le projet de Soi pour soi constitue une totalité qui oriente et sous-tend « les différents actes que pose le sujet dans la perspective de la réalisation de son Soi visé » (*Ibid.*, p. 37), répondant ainsi à la question « qui suis-je ? ». La construction de ce projet d'identité nécessite trois conditions :

Un vécu subjectif du Soi actuel exprimant le rapport que le sujet a à l'égard de lui-même : amour de Soi, estime de Soi, haine de Soi ; une représentation d'un Soi futur possible situé en continuité ou en rupture avec le Soi actuel ; une intention et des moyens d'agir pour faire advenir le Soi futur représenté (*Ibid.*, p. 37).

À partir de plusieurs recherches menées de façon inductive, auprès de salariés confrontés à des changements radicaux au sein de leur entreprise concernant leur attitude vis-à-vis de la formation continue, auprès d'enseignants de lycées et de collèges impliqués dans des pratiques innovantes et auprès d'inspecteurs du travail, Mokhtar Kaddouri (2002) définit quatre types de dynamiques d'inscription du projet de Soi pour soi : les dynamiques de continuité, de transformation, de gestation et d'anéantissement identitaire développées ci-après.

3.3.2. Une typologie des dynamiques identitaires

3.3.2.1. Les dynamiques de continuité identitaire

Les dynamiques de continuité identitaire concernent des individus qui sont très satisfaits dans leur identité actuelle, qui concorde avec leur identité visée. Ces personnes vivent dans le présent ce qu'elles souhaitent être dans l'avenir. En fonction de la disponibilité ou non de ressources pour préserver leur continuité identitaire, ces individus entretiennent une identité acquise et non menacée en la renforçant ou alors préservent cette identité acquise, mais menacée en la défendant. Ceci donnant lieu à deux projets de Soi distincts : le projet d'entretien de Soi (quand l'identité investie dans le présent n'est pas menacée) et le projet de préservation de Soi (quand l'identité investie dans le présent est menacée).

3.3.2.2. Les dynamiques de transformation identitaire

Les dynamiques de transformation identitaire surviennent lorsque se produit un conflit entre l'identité actuelle et l'identité visée. Les individus concernés présentent une insatisfaction de leur identité actuelle qui se traduit par une inscription « dans une visée de transformation constructive et dynamisante » (*Ibid.*, p. 38). Cette transformation peut être exogène ou endogène (Kaddouri, 2006). La transformation identitaire est endogène si la personne envisage de rester dans le même secteur d'activité professionnelle en visant une promotion. Elle est exogène dans le cas d'une reconversion professionnelle. Les dynamiques de transformation identitaire peuvent être génératrices de souffrance quand des éléments extérieurs interviennent pour retarder ce rapprochement entre identité investie dans le présent et identité visée ou quand le projet de Soi pour autrui tente d'assigner le projet de Soi pour soi.

3.3.2.3. Les dynamiques de gestation identitaire

Les dynamiques de gestation identitaire ont lieu quand le Soi n'est pas encore stabilisé dans le cadre d'une période de remaniement identitaire, qui débouchera sur un nouveau projet

de Soi pour soi. Trois projets relèvent de ces dynamiques de gestation identitaire : les projets de confirmation, de reconstruction et de redéfinition de Soi.

Le projet de confirmation de Soi a pour enjeu de faire valider une identité actuelle insuffisamment stabilisée par la reconnaissance d'autrui. Il existe alors un décalage entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui. La personne ne se sent pas reconnue institutionnellement par sa hiérarchie ou/et ses collègues.

Le projet de reconstruction de Soi a pour origine des blessures qui sont sources de souffrance. Ces dernières peuvent avoir plusieurs origines : décisions prises remettant en cause un avenir professionnel désiré, évaluations vécues de façon humiliante ou encore indifférence ressentie par un autrui significatif. Ici les personnes subissent une « fragilité identitaire déstabilisante » (Kaddouri, 2002, p. 39) qui peut se traduire par une baisse de la confiance et de l'estime de soi. Cela survient dans les cas d'individus subissant un harcèlement moral ou une rétrogradation professionnelle.

Le projet de redéfinition de Soi a pour objectif de faire le point sur un Soi devenu flou de façon soudaine ou progressive, résultat de la « remise en cause d'une identité acquise, ou d'une crise qui conduit à se poser des questions sur sa valeur identitaire » (*Ibid.*). L'individu cherche alors à redéfinir le sens de son existence.

3.3.2.4. Les dynamiques d'anéantissement identitaire

Enfin les dynamiques d'anéantissement identitaire correspondent à des sujets qui vivent « de façon dramatique et déstructurante leur Soi » (*Ibid.*, p. 40). Ils intériorisent progressivement une image négative d'eux-mêmes, entraînant une baisse de l'estime de soi psychologiquement insupportable. Ces personnes n'arrivent alors plus à trouver de sens existentiel par manque de potentiel énergétique.

À partir des différents champs constitutifs de sa vie, un même individu développe plusieurs projets de Soi dimensionnels (professionnel, familial, culturel, sportif, etc.) inscrits dans un projet de Soi global. La diversité des différentes composantes identitaires d'un sujet peut entraîner des difficultés pour conserver une cohérence et une cohésion dans son projet de Soi global, pouvant générer ainsi deux formes de tensions intrasubjectives ou intersubjectives.

3.3.3. Les tensions inter et intrasubjectives dans le projet de Soi global

Les tensions intrasubjectives (Kaddouri, 2002, 2019a) sont générées par l'incohérence ou l'incompatibilité entre différents projets de Soi dimensionnels au sein du processus biographique de l'individu, c'est-à-dire entre identités héritées, actuelles et visées. Ces tensions peuvent être conscientes ou inconscientes à l'esprit du sujet et entraîneront un renoncement douloureux car supposant une prise de décision excluante entre deux projets de Soi.

Les tensions intersubjectives sont issues d'interactions sociales d'un individu avec des autres significatifs. Dans le cas d'une complémentarité et d'une congruence entre les objectifs et les enjeux identitaires de chacun, cela renforcera les différentes intégrités identitaires. Dans le cas d'une non-congruence ou d'une incompatibilité, ceux qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour la gérer seront déstabilisés et ainsi mis en tension.

Trois types de tensions (Kaddouri, 2019a) peuvent survenir : structurelles, conjoncturelles et latentes. Les tensions structurelles touchent les fondements identitaires et nécessitent pour être résolues un changement d'identité pouvant s'avérer douloureux. Les tensions conjoncturelles ne touchent pas les fondements identitaires de l'individu et seront résolues par des aménagements ou des remaniements identitaires. Les tensions latentes sont facilement tolérées et elles peuvent même passer inaperçues.

L'enjeu pour le sujet sera de réussir à rester lui-même, de conserver son intégrité et sa cohérence identitaire, en dépassant ses tensions. Pour ce faire, il met en place des stratégies identitaires.

3.3.4. Stratégies identitaires

En préambule, nous noterons que l'étude des notions de stratégies identitaires n'est possible qu'à partir de cinq éléments consensuels partagés au sujet de l'identité sociale (Lipiansky, Taboada-Leonetti & Vasquez, 1998) :

- L'identité est le produit d'un processus dynamique intégrant les expériences de vie de l'individu ;
- L'identité se construit par et dans l'interaction avec autrui ;

- L'identité possède un « aspect multidimensionnel et structuré » (*Ibid.*, p. 23). Les situations interactionnelles dans lesquelles les individus sont impliqués sont diverses et multiples et génèrent non pas « une simple juxtaposition d'identités, mais sont intégrées dans un tout structuré, plus ou moins cohérent et fonctionnel » (*Ibid.*) ;
- L'identité se situe dans un « apparent paradoxe de l'unité diachronique d'un processus évolutif » (*Ibid.*) : malgré son caractère mouvant, l'individu conserve une conscience de son unité et de sa continuité ;
- L'individu développe des stratégies identitaires, fait des choix qui lui octroient une « marge de manœuvre [...] face aux clivages intérieurs et aux contradictions institutionnelles » (*Ibid.*).

Une fois posés ces cinq éléments de consensus, nous pouvons définir plus précisément les stratégies identitaires.

3.3.4.1. Définition des stratégies identitaires

Le terme de stratégie peut être défini comme un « ensemble d'actions coordonnées, d'opérations habiles, de manœuvres en vue d'atteindre un but précis » (CNRTL). Accolée au terme identitaire, elle « postule indiscutablement que les acteurs sont capables d'agir sur leur propre définition de soi » (Taboada-Leonetti, 1998, p. 49). Ainsi les stratégies identitaires « apparaissent comme le résultat de l'élaboration individuelle et collective des acteurs et expriment, dans leur mouvance, les ajustements opérés, au jour le jour, en fonction de la variation des situations et des enjeux qu'elles suscitent » (*Ibid.*).

Ainsi le terme de stratégie identitaire est utilisé pour désigner des mécanismes de défense ou des séquences de comportement destinés à faire face à la souffrance créée par une image de soi dévalorisée (Malewska-Peyre, 1987), des « ajustements opérés, au jour le jour » (Taboada-Leonetti, 1998, p. 49) ou encore servir « à maintenir un plaisir éprouvé que l'on cherche à prolonger » (Kaddouri, 1999, p. 107). Ce plaisir résulte alors d'une « concordance entre l'identité vécue et l'identité visée » (*Ibid.*). Les stratégies identitaires peuvent désigner également les transactions internes et externes à l'individu (Dubar 1992, 2010). Dans ce cas, les stratégies identitaires surviennent quand les deux processus biographique et relationnel ne coïncident pas. Il en résulte alors des « "stratégies identitaires" destinées à réduire l'écart entre les deux identités » (Dubar, 2010, p. 107). Les comportements et transactions découlant de ces stratégies identitaires ont alors pour but de réduire les écarts

entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui (transaction externe) et/ou entre les identités héritées et les identités visées (transaction interne) (Kaddouri, 1996).

Une définition consensuelle et opérationnelle des stratégies identitaires est donnée par Lipiansky et ses collaborateurs :

Procédures mises en œuvre (de façon consciente ou inconsciente) par un acteur (individuel ou collectif) pour atteindre une, ou des, finalités (définies explicitement ou se situant au niveau de l'inconscient), procédures élaborées en fonction de la situation d'interaction, c'est-à-dire en fonction des différentes déterminations (socio-historiques, culturelles, psychologiques) de cette situation » (Lipiansky, Taboada-Leonetti, Vasquez, 1998, p. 24).

Nous retrouvons ici les deux dimensions biographique et relationnelle liées aux transactions internes et externes de l'individu. En lien avec les dynamiques identitaires et les tensions générées par celles-ci, Kaddouri prolonge cette définition en caractérisant les stratégies identitaires comme des « actes comportementaux et/ou discursifs mis en place pour faire face aux différentes tensions identitaires » (Kaddouri, 2019a, p. 24). Celles-ci visent, « d'une part, la gestion de la cohérence entre les différentes composantes de l'identité afin d'éviter leurs incompatibilités, d'autre part, le maintien de la cohésion identitaire afin de faire face à l'éclatement et à la dispersion des éléments de la totalité » (*Ibid.*). Elles sont ici une forme résolutoire des tensions inter et intrasubjectives de l'individu (Kaddouri, 2019b).

À partir de ces définitions, des typologies des stratégies identitaires ont été développées.

3.3.4.2. Les typologies des stratégies identitaires

Une première typologie a été proposée par Hanna Malewska-Peyre (1998) et est formée de trois types de stratégies identitaires (ou mécanismes de défense) élaborées en fonction de leurs orientations intérieures, extérieures ou mixtes :

- Les stratégies dirigées vers l'intérieur, c'est-à-dire vers soi, engagent « des mécanismes psychologiques qui permettent d'éviter la souffrance » (Malewska-Peyre, 1998, p. 122). Ceux-ci, en ayant pour objectif de supprimer l'angoisse, prennent les formes du refoulement, de l'intériorisation de stéréotypes négatifs, d'un repli sur soi, de rêves compensatoires ou encore d'auto-agressivité ;

- Les stratégies dirigées vers l'extérieur, c'est-à-dire non vers soi, « impliquent le changement de la réalité : sa propre réalité personnelle ou la réalité de son groupe d'appartenance » (*Ibid.*). Elles sont souvent plus élaborées et peuvent être individuelles ou collectives. Elles se classent en deux catégories : les stratégies d'assimilation qui effacent « les différences de l'individu jusqu'au renoncement à son identité » (*Ibid.*, p. 127) et les stratégies de valorisation et de revendication qui « revalorisent sa propre spécificité, sa singularité, ou même la proclament sur un mode revendicatif » (*Ibid.*) ;
- Les stratégies intermédiaires consistent « en la recherche de similitudes avec les groupes majoritaires sans renoncer à sa propre différence » (*Ibid.*, p. 129).

Une deuxième typologie des stratégies identitaires a été élaborée par Vincent De Gaulejac et Isabelle Taboada-Leonetti (1994). L'analyse d'une soixantaine d'entretiens sur des récits de vie a permis de mettre en évidence trois types de stratégies identitaires :

- Les stratégies de contournement contestent une image négative en refusant sa légitimité et son intériorisation. Ces stratégies que sont la distanciation, l'inversion du sens et la référence à d'autres systèmes de valeurs reconstruisent le sens négatif d'une identité sociale ;
- Les stratégies de dégagement cherchent à revaloriser l'identité en remettant en cause le système social stigmatisant. Parmi celles-ci, nous retrouvons l'agressivité, le désir de revanche et la recherche de la reconnaissance sociale individuelle et collective. Ce sont des projets de changement de la situation ;
- Les stratégies de défense se situent au niveau de la lutte contre une intériorisation d'une image négative et comporte un risque de cette intériorisation. Lorsque celle-ci est faible, le sujet résistera par l'évitement, le retrait social ou la dénégation et la fuite de la réalité. Quand l'intériorisation devient plus forte, le sujet accepte l'image de l'exclu, de l'incapable en mettant en place des stratégies de dédoublement en jouant un rôle, de résignation ou de surenchère.

Relevant toutes deux d'une perspective interactionniste, ces deux typologies ont pour point commun de permettre « de décrire et d'analyser les rapports que les sujets entretiennent avec eux-mêmes, autrui et leur environnement » (Gutnik, 2002). Comme le souligne Kaddouri (2019b), nous devons cependant garder à l'esprit que ces stratégies identitaires

n'appartiennent pas entièrement à la conscience du sujet (de par la partie inconsciente de l'identité) mais sont des artefacts qui résultent d'une inférence du chercheur pour saisir le réel qu'il observe.

Après avoir abordé différents concepts en lien avec les dynamiques identitaires (projet de Soi, tensions et stratégies identitaires), nous allons considérer ceux-ci lors des moments charnières de la vie professionnelle des individus, lors de changements professionnels désirés ou non.

3.3.5. Transitions professionnelles

Les parcours de vie des individus sont historiquement structurés autour de trois instances principales (école, travail, retraite) renvoyant chacune à des moments particuliers de la vie que sont la jeunesse, l'âge adulte et le troisième/quatrième âge (Kaddouri, 2019c). La modernité et ses conséquences (précarité des emplois, formation tout au long de la vie, professionnalisation) ont entraîné une augmentation des changements, deuils ou autres transformations existentielles ou/et professionnelles pour les individus (Balleux & Perez-Roux, 2013). Les parcours de vie, en perdant de leur automaticité et de leur uniformité (Boutinet, 1995), sont devenus alors beaucoup plus instables et imprévisibles. Les transitions biographiques se sont alors multipliées dans l'existence des personnes. Elles deviennent normes et la stabilité fait figure d'exception (Kaddouri, 2014).

La transition biographique est un « espace/temps de passage inscrit au cœur d'un changement, assumé ou non, abouti ou non, et qui nécessite de l'individu la mise en œuvre de stratégies d'adaptation pour mieux gérer éléments de rupture et (re)construction de continuités » (Balleux & Perez-Roux, 2013, p. 102). Elle se situe dans un entre-deux entre l'identité présente et une identité visée qui en sera l'issue, et est caractérisée par « l'incapacité tant psychique que sociale, objective que subjective, de la personne à assumer son identité actuelle, sans pour autant avoir acquis les fondements nécessaires de l'identité qu'elle cherche à atteindre » (Kaddouri, 2019c, p. 184). Les transitions biographiques sont également caractérisées par un double mouvement identitaire de désocialisation pour faire le deuil de l'identité présente et de socialisation vers la nouvelle identité visée (Kaddouri, 2019c). Jusqu'à un certain point, l'individu pourra faire marche arrière, mais une fois passé le « point culminant de la transition » (Kaddouri, 2014, p. 16) le retour en arrière n'est plus possible. L'effort du

retour en arrière devient supérieur à celui demandé pour continuer, il y a irréversibilité de la bifurcation (Grossetti, 2006).

Les transitions professionnelles sont des transitions biographiques qui se déroulent dans le cadre professionnel des individus, lors d'un changement de poste par exemple. Contrairement à une crise identitaire qui impacterait et contaminerait l'ensemble des dimensions identitaires d'un individu, l'empêchant ainsi d'envisager l'avenir, la transition professionnelle permet la construction du projet de Soi. Mais la transition professionnelle entraîne également des tensions identitaires inter et intrasubjectives, qui pour être atténuées nécessiteront la mise en place de stratégies identitaires qui varieront en fonction de la dynamique identitaire (de continuité, de rupture, de redéfinition de soi) dans laquelle sera engagé l'individu (Kaddouri, 2014). Les tensions intrasubjectives surviennent, par exemple, en cas de contradiction entre l'identité héritée et l'identité présente. Les tensions intersubjectives découlent d'une incompatibilité entre le projet de Soi pour autrui et le projet de Soi pour soi, quand autrui n'est pas soutenant (*Ibid.*). Dans les transitions professionnelles, nous pouvons reconnaître des dynamiques identitaires de transformation pour une situation meilleure que celle actuelle quand cette dernière est devenue insatisfaisante. Nous pouvons repérer également dans les transitions professionnelles des dynamiques de gestation identitaire quand l'individu sait ce qu'il ne veut pas ou plus être mais pas encore ce qu'il veut devenir. Ces dernières transitions ne déboucheront pas nécessairement sur une « bifurcation objective » (*Ibid.*, p. 17), elles pourront être constitutives d'un « moment renforcé de retour à la situation et à la position initiale reconsolidées » (*Ibid.*).

Pour conclure et résumer cette partie consacrée aux dynamiques identitaires, nous citons la définition des dynamiques identitaires de Mokhtar Kaddouri qui présente les interactions entre les différents concepts explicités :

Nous désignons par « dynamiques identitaires » une totalité complexe, jamais stabilisée puisque soumise de façon permanente à un travail de remaniement et de reconstruction de soi. Cette totalité englobe les identités (héritées, acquises ou visées) ; les tensions inter et intrasubjectives ; les stratégies et les projets identitaires. Ces différentes composantes constituent autant de formes de manifestations des dynamiques identitaires à l'œuvre dans les relations sociales et les rapports sociaux qui caractérisent la vie en société (Kaddouri, 2019b, p. 68).

Les tensions identitaires sont des signes d'incompatibilité entre les différentes dimensions identitaires d'un individu, tandis que les stratégies sont des formes résolutoires de ces tensions. Les projets identitaires, en donnant sens à l'existence, orientent les dynamiques identitaires et organisent les stratégies.

Enfin, les transitions professionnelles découlent des transformations professionnelles des individus. Tout en permettant la construction de projets identitaires, elles génèrent des tensions inter ou intrasubjectives qui seront résolues par des stratégies identitaires. Nous retrouverons, dans ces transitions, des dynamiques identitaires de transformation ou de gestation.

Après avoir développé les concepts d'universitarisation, d'identité puis d'identité professionnelle, nous allons, dans la partie suivante, présenter notre problématique et les hypothèses afférentes, puis les outils scientifiques retenus. Avant cela nous exposerons notre conception de l'identité professionnelle et le choix des auteurs mobilisés dans ce travail qui en découle.

4. Problématique et hypothèses de recherche

4.1. Choix du cadre conceptuel

Notre conception de l'identité professionnelle s'appuie initialement sur les travaux de Claude Dubar (1992, 2010) qui fut le premier à dépasser le clivage psychologie et sociologie présent à travers les identités individuelles et les identités collectives (Duceux, 2006). En effet, il « refuse de distinguer l'identité individuelle de l'identité collective » (Dubar, 2010, p. 103). Pour ce faire, il fonde sa théorie de la double transaction sur une double approche psychologique et sociologique à partir des travaux de Laing (1971) et de l' « identité pour soi » et de l' « identité pour autrui » qui en découlent, des travaux de Goffman (1975) et des concepts d' « identité sociale virtuelle » et d' « identité sociale réelle » et des travaux de Berger et Luckmann (1986) relatifs à la socialisation primaire et à la socialisation secondaire. Ainsi l'identité est un processus qui s'initie dans l'enfance et que l'individu ne construira pas seul, « son identité dépend autant des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi » (Dubar, 2010, p. 15). Cette construction se fait sous le regard d'autrui par le biais d'une suite de socialisations : « L'identité est le produit des socialisations successives » (*Ibid.*). Pour Dubar, la socialisation s'appréhende comme un processus de construction, déconstruction et reconstruction d'identités et il développe ainsi une théorie sociologique opératoire de l'identité. Les travaux de Dubar se portent sur la socialisation secondaire, plus particulièrement sur la socialisation professionnelle. La théorie de la double transaction, qui en découle, permet également de dépasser le clivage au niveau de la sociologie française entre l'approche diachronique des habitus de classe (Bourdieu, 1980) issue des travaux de Durkheim (1993) et l'approche synchronique des identités au travail (Sainsaulieu, 1988) découlant des travaux de Weber (1971). Ainsi pour Dubar « l'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions » (Dubar, 2010, p. 105).

Cependant cette théorie sociologique opératoire de l'identité, qui s'appuie sur la double transaction, n'a jamais été appliquée au groupe professionnel des formateurs IFSI. Ce dernier a la particularité d'être composé de membres présentant une identité héritée infirmière commune. Mais les identités visées peuvent, pour une même perspective professionnelle,

s'inscrire soit dans la continuité de cette identité héritée infirmière, soit dans la rupture par rapport à celle-ci. Par exemple, un cadre supérieur de santé ou un directeur des soins peuvent se sentir encore infirmiers alors que ce ne sera pas le cas pour d'autres personnes occupant les mêmes fonctions. Ce n'est qu'en accédant aux logiques internes des individus, par le biais d'entretiens, que nous serons en mesure de préciser cette transaction interne.

En nous appuyant sur les travaux de Patrick Gravé (2002) sur les formateurs d'adultes, nous nous questionnons sur la nécessité d'introduire du synchronique dans la transaction biographique diachronique par le biais de l'identité investie dans le présent. Pour Dubar (2010), cette transaction biographique se situe entre les identités héritées d'un passé recomposé et les identités visées d'un avenir professionnel envisagé. Mais il nous paraît indispensable d'introduire, entre les identités héritées et les identités visées, l'identité professionnelle investie dans le présent dans la transaction biographique, c'est-à-dire du synchronique dans le diachronique. En effet, l'introduction dans la trajectoire biographique des formateurs IFSI de la dimension du présent entre les identités héritées et les identités visées permet de mieux mesurer l'évolution de la place de leur identité héritée infirmière aux niveaux de leurs identités investies dans le présent et visées, dans le contexte particulier de l'universitarisation des formations paramédicales.

L'introduction du concept de projet de Soi et des dynamiques identitaires en découlant (Kaddouri, 2002) dans notre cadre théorique va dans ce sens en nous donnant accès à la dimension actuelle dans la transaction subjective. Ainsi nous sommes plus à même d'évaluer l'ancrage identitaire dans le présent qui nous semble manquant dans la transaction subjective de Dubar (1992, 2010).

4.2. Du questionnement initial aux hypothèses de recherche

Ce travail de recherche, qui a pour objet l'étude des évolutions identitaires de formateurs qui forment des personnes à leur ancienne profession à travers l'exemple des infirmiers qui sont devenus formateurs en soins infirmiers, a rencontré au cours de sa réalisation une accélération massive du processus d'universitarisation (Bourdoncle, 2007, 2009) des formations paramédicales. Ce dernier, initié par la déclaration de Bologne en 1999, est à l'origine d'une réforme de l'enseignement supérieur en France et touche principalement les formateurs IFSI au niveau de deux réingénieries : celle de la formation initiale infirmière en 2009 et celle de la formation des cadres de santé non finalisée à ce jour. La formation initiale

infirmière a été la première formation paramédicale à bénéficier d'une réingénierie en 2009, entraînant ainsi un grade licence délivré avec le diplôme d'État infirmier et le passage d'une PPO à une APC ayant possiblement impacté la posture des formateurs en IFSI. Jusqu'alors, faute de discipline universitaire dédiée, le passage par les trois cycles du LMD n'était pas possible pour les infirmiers, si ce n'est en s'orientant vers d'autres disciplines (sciences de l'éducation et de la formation, sciences de gestion, santé publique...). La poursuite du processus d'universitarisation des formations paramédicales a notamment abouti à la fin de l'année 2019 à la création de la discipline des sciences infirmières au sein du CNU-Santé (décret du 30 octobre 2019). À partir d'un questionnement initial sur les évolutions identitaires des formateurs IFSI dans le contexte du processus d'universitarisation des formations paramédicales, nous avons affiné notre objet de recherche. Le questionnement principal de cette recherche porte donc sur l'impact du processus d'universitarisation des formations paramédicales sur les dynamiques identitaires (Kaddouri, 2002) et sur la reconnaissance professionnelle (Dejours, 2003) des formateurs IFSI.

À ce jour pour devenir formateur IFSI il est nécessaire, selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation, d'être titulaire d'un diplôme d'infirmier et d'un diplôme de cadre de santé ou équivalent. Néanmoins le statut transitoire de faisant-fonction de cadre de santé met un bémol à cette dernière condition. Cependant, actuellement, tous les formateurs IFSI ont pour point commun d'avoir exercé la profession infirmière, donc de posséder une identité héritée infirmière inhérente. Nous nous interrogeons sur l'importance actuelle de cette identité héritée (Dubar, 2010) infirmière chez les formateurs IFSI. Se perçoivent-ils encore infirmiers ou existe-t-il une rupture au niveau de leur processus biographique (*Ibid.*), vis-à-vis de leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002) ?

Par ailleurs envisagée depuis 2010, la réingénierie de la formation des cadres de santé n'est toujours pas effective. Originellement séparées lors de la création du CAFIS et du CAFIM en 1958, les fonctions d'infirmier-surveillant et d'infirmier-moniteur ont été réunies dans une formation commune en 1975 conduisant au CCI. Cette volonté d'unification se poursuivra en 1995 avec le diplôme de CDS regroupant l'ensemble des formations paramédicales tout en maintenant une formation commune aux fonctions de management et de formation. Ainsi une même formation conduit à ce jour à deux métiers différents, comme indiqué dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : celui d'encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales et celui de formateur des professionnels de santé. La tendance actuelle (Allal *et al.*, 2017 ; Le Bouler, 2018) conduirait à une séparation des deux formations, symbolisée dans les travaux de réingénierie par deux référentiels d'activités et deux référentiels de compétences distincts (DGOS, 2012). Cela marquerait ainsi la fin de la

polyvalence entre ces deux professions paramédicales de manager et de formateur. La formation et le titre de cadre de santé seraient alors réservés aux encadrants des équipes de soins, tandis qu'un titre universitaire de niveau I serait requis pour être formateur paramédical. Nous nous demandons alors comment est perçue par les formateurs IFSI leur possible exclusion du groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des cadres de santé ?

La quasi-totalité des IFCS a élaboré des conventions de partenariat avec les universités permettant à leurs étudiants cadres d'obtenir conjointement au diplôme de CDS un master 1 ou 2, le plus souvent en sciences de gestion. Mais actuellement l'accès au doctorat pour les infirmiers reste très limité et passe obligatoirement par d'autres disciplines universitaires. La poursuite du processus d'universitarisation a abouti en 2019 à la création de la discipline sciences infirmières au sein du CNU-Santé, ouvrant ainsi la perspective à des masters et à des doctorats en sciences infirmières ainsi qu'à des postes d'enseignants-chercheurs pour les actuels formateurs IFSI. La déségmentation programmée du groupe professionnel des cadres de santé donnerait naissance à deux groupes distincts (managers et formateurs paramédicaux) et serait alors conjointe à l'arrivée d'un nouveau corps professionnel d'enseignants-chercheurs parmi les formateurs IFSI. De plus, par le jeu des qualifications universitaires, ces derniers pourraient ne pas être tous issus de la profession infirmière comme cela est le cas actuellement pour les membres du premier collège des professeurs d'université en sciences infirmières de la section 92. Comment cette arrivée d'enseignants-chercheurs, possiblement non issus de la profession infirmière, dans le groupe professionnel (*Ibid.*) des formateurs IFSI est-elle appréhendée par ces derniers ?

Enfin le rapport de force entre les deux segments du groupe professionnel (*Ibid.*) actuel des cadres de santé apparaît clairement en défaveur des cadres de santé formateurs, tant par le nombre (avec un rapport d'environ un formateur pour quatre managers (Yahiel & Mounier, 2010) que par le décalage existant entre un statut de cadre qui ne correspond pas au rôle tenu par les formateurs IFSI (Guillois, 2012). Comme énoncé précédemment, bon nombre d'articles ou d'ouvrages ayant pour thème les cadres de santé n'évoquent que les cadres de santé managers et ne mentionnent même pas les cadres de santé formateurs. Nous nous questionnons alors sur la reconnaissance professionnelle (Dejours, 2003) des formateurs IFSI : se sentent-ils reconnus professionnellement ?

En résumé, à partir des éléments présentés ci-dessus, ce travail de recherche a pour objectif de répondre à la question principale suivante :

Quel est l'impact du processus d'universitarisation des formations paramédicales et de l'identité héritée infirmière sur les dynamiques identitaires et sur la reconnaissance professionnelle des formateurs IFSI ?

Pour ce faire, nous répondrons aux hypothèses ci-dessous. Dans la mesure où cette recherche possède un caractère largement exploratoire, nous choisissons une formulation interrogative de nos hypothèses.

- **Au niveau du processus biographique, quelle est la place de l'identité héritée infirmière dans les identités investies dans le présent et visées des formateurs IFSI ?**
 - Les formateurs IFSI se définissent-ils encore principalement comme infirmiers ou comme formateurs ? Leur identité héritée infirmière s'inscrit-elle dans la continuité ou dans la rupture au niveau de leur processus biographique ?
 - Existe-t-il chez les formateurs IFSI un lien entre la présence d'une identité héritée infirmière forte et leur projet de Soi ?

- **Au niveau du processus relationnel, les formateurs IFSI se sentent-ils reconnus professionnellement ?**
 - Existe-t-il chez les formateurs IFSI un lien entre la présence d'une identité héritée infirmière forte et une reconnaissance perçue de leur activité professionnelle ?
 - Comment les formateurs IFSI se sentent-ils reconnus institutionnellement en tant que segment professionnel du groupe des cadres de santé ?
 - La posture professionnelle des formateurs IFSI a-t-elle évolué en accord avec l'APC découlant de la réingénierie de la formation initiale infirmière ?

- **Comment les formateurs IFSI perçoivent-ils le processus d'universitarisation des formations paramédicales ?**
 - Le processus d'universitarisation des formations paramédicales est-il perçu comme une opportunité ou comme une menace ?
 - Quelles sont les craintes inhérentes au processus d'universitarisation ? Notamment l'arrivée prochaine au sein de leur groupe professionnel d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières, qui n'auront peut-être pas exercé antérieurement la profession infirmière ?

- Dans le cas des formateurs IFSI actuels engagés dans un parcours de doctorat en vue de devenir enseignants-chercheurs, existe-t-il une correspondance entre leur projet de Soi pour soi et leur projet de Soi pour autrui ?
- Comment les formateurs IFSI perçoivent-ils la réingénierie de la formation des cadres de santé, les excluant possiblement de ce groupe professionnel ?
- Existe-t-il chez les formateurs IFSI un lien entre la présence d'une identité héritée infirmière forte, leur dynamique identitaire et leur perception du processus d'universitarisation des formations paramédicales ?

Notre méthodologie de recherche comporte deux démarches quantitative et qualitative qui se veulent complémentaires. Tout d'abord dans une visée descriptive, en l'absence de données sur la population des formateurs IFSI, nous réaliserons et diffuserons un questionnaire à l'ensemble des formateurs IFSI de France afin de collecter des données identitaires. Nous analyserons celles-ci à partir du cadre théorique de la double transaction de Claude Dubar (2010) en adaptant celui-ci avec la substitution de l'identité investie dans le présent aux identités visées pour les raisons évoquées précédemment. En effet, dans le cas des formateurs IFSI, les identités visées peuvent, pour une même perspective professionnelle, s'inscrire soit dans la continuité de l'identité héritée infirmière, soit dans la rupture par rapport à celle-ci. Et un questionnaire ne nous permet pas d'être plus précis sur ce point.

Puis dans un second temps dans une visée compréhensive, nous effectuerons une série d'entretiens afin d'accéder aux logiques internes des individus. Ceci nous permettra, en mobilisant les cadres théoriques de Dubar (2010) et de Kaddouri (2002), de percevoir à travers les identités visées devenues visibles, les projets et dynamiques identitaires des individus.

Ces deux démarches nous permettront également d'appréhender le processus relationnel (Dubar, 2010) des formateurs IFSI, et ce faisant d'évaluer leur perception de leur reconnaissance professionnelle (Dejours, 2003).

PARTIE III
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE :
DEUX DEMARCHES COMPLEMENTAIRES

Notre travail d'enquête est composé de deux périodes qui se veulent complémentaires : une démarche quantitative suivie d'une démarche qualitative. Dans un premier temps, en l'absence de données précises concernant les formateurs IFSI, ce travail d'enquête sous son abord quantitatif a pour objectifs de décrire cette population puis d'élaborer une ébauche des profils des formateurs IFSI en recourant à des schémas de typification, supposant l'existence de types identitaires, c'est-à-dire « d'un nombre limité de modèles socialement significatifs pour réaliser des combinaisons cohérentes d'identifications fragmentaires » (Erikson, 1978, p. 53). Un questionnaire a « pour ambition de saisir le sens "objectif" des conduites en les croisant avec des indicateurs des déterminants sociaux » (F. de Singly, 2005, p. 24). Mais dans le cadre d'un questionnaire, « l'individu qui répond le fait dans un cadre fixé à l'avance par le spécialiste » (*Ibid.*) entraînant ainsi des limites liées à son caractère figé et à ses questions fermées, génératrices d'une directivité certaine. Dans un second temps, l'abord qualitatif permettra, dans une visée davantage compréhensive, de percevoir le sens que les formateurs IFSI donnent à leurs trajectoires professionnelles, à leurs activités et à leurs relations à autrui (notamment en termes de reconnaissance). En effet, l'entretien a « d'abord pour fonction de reconstruire le sens subjectif, le sens vécu du comportement des acteurs sociaux » (*Ibid.*). Ce second temps permettra également de traiter et de lever les ambiguïtés nées du questionnaire.

1. Démarche quantitative

1.1. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire³ que nous avons élaboré se décompose en trente-trois thèmes et s'articule autour de deux axes. Le premier, divisé en deux parties, est principalement centré sur le processus identitaire biographique (Dubar, 2010) et il cherche à répondre aux questions suivantes : qui sont les formateurs IFSI et quels sont leurs parcours initiaux et professionnels ? Le second axe, divisé en trois parties, est principalement centré sur le processus identitaire relationnel (*Ibid.*) et aborde la question suivante : comment les formateurs IFSI travaillent-ils ?

Notre questionnaire est donc composé de cinq parties distinctes que nous allons maintenant commenter : « identification » et « cursus et parcours professionnel » constituant le premier axe relatif au processus identitaire biographique, puis « rapport à l'activité professionnelle », « rapport aux autres » et « pratique au quotidien » se rapportant au second axe relatif au processus identitaire relationnel.

1.1.1. Premier axe : identifier les formateurs IFSI et leurs parcours scolaires et professionnels

Ce premier axe, comme nous l'avons mentionné auparavant, s'intéresse principalement au processus identitaire biographique (*Ibid.*) des formateurs IFSI en identifiant plus précisément ces derniers puis en abordant leurs cursus scolaires et leurs parcours professionnels.

³ Cf. annexe 1

1.1.1.1. Identification

La première partie du questionnaire intitulée « identification » est composée de neuf questions.

Les questions 1 à 4 permettent d'articuler des données sur les personnes interrogées selon leur sexe, leur âge, leur situation familiale et le fait qu'ils aient ou non des enfants.

La question 5 « Votre conjoint(e) exerce-t-il(elle) une profession médicale ou paramédicale ? » indique une éventuelle endogamie professionnelle.

Les questions 6 et 7 (père et mère exerçant ou ayant exercé une profession médicale ou paramédicale) nous renseignent au niveau de l'identité héritée sur des ascendants soignants, témoins d'un héritage professionnel familial.

La question 8 identifie le lieu d'exercice actuel et permet par croisement avec la question 12 relative au lieu de formation initiale d'établir une éventuelle correspondance entre ces deux lieux.

La question 9 permet d'évaluer la quotité de temps de travail du formateur en IFSI interrogé.

1.1.1.2. Cursus et parcours professionnel

La deuxième partie du questionnaire intitulée « cursus et parcours professionnel » contient neuf questions.

La question 10 donne une vision du cursus scolaire pré-formation infirmière. S'agit-il d'un parcours linéaire ou plus sinueux ?

Les questions 11 « Êtes-vous titulaire d'un diplôme d'infirmier diplômé d'état ou d'infirmier de secteur psychiatrique ? », « Année d'obtention ? », 13 « Dans quels types de service avez-vous précédemment exercé en tant qu'infirmier/infirmière diplômé(e) ? »,

14 « Avez-vous effectué une spécialisation infirmière autre que celle de cadre de santé ? » et 18 « Avez-vous une expérience professionnelle d'encadrement d'équipe paramédicale ? » permettent d'identifier des éléments de différenciation dans les processus biographiques (Dubar, 2010) des formateurs interrogés, au niveau de l'identité héritée (*Ibid.*).

La question 12 relative au lieu de formation infirmière initiale nous renseigne sur la socialisation professionnelle du répondant en établissant ou non une correspondance entre l'IFSI d'exercice actuel et le lieu de la formation infirmière.

La question 15 est relative au nombre d'années d'exercice de la fonction de formateur et mesure ainsi la distance avec l'exercice infirmier et l'expérience professionnelle en formation.

Les questions 16 « Êtes-vous titulaire d'un diplôme cadre de santé ? Si oui lequel ? Année d'obtention ? » et 17 « Avez-vous suivi une formation en master depuis votre formation infirmière ? » sont liées au statut et à la légitimité (diplôme de cadre de santé ou non ? master ou non ?) des personnes interrogées dans leur fonction de formation. Enfin la question 17, en interrogeant la possession d'un diplôme master (et son champ disciplinaire éventuel) et le projet de s'y engager en cas de réponse négative, explore plus précisément la dynamique de professionnalisation de la personne questionnée.

1.1.2. Second axe : rapport à l'activité professionnelle, rapport à autrui et pratique au quotidien des formateurs IFSI

Ce second axe est principalement centré sur le processus identitaire relationnel (Dubar, 2010) et aborde la question suivante : comment les formateurs IFSI travaillent-ils ? Il est divisé en trois parties qui abordent le rapport à l'activité professionnelle des formateurs IFSI, leur rapport à autrui et leur pratique au quotidien.

1.1.2.1. Rapport à l'activité professionnelle

La troisième partie du questionnaire intitulée « rapport à l'activité professionnelle » se compose de cinq questions.

La question 19 aborde les raisons principales qui ont incité les répondants à devenir formateur/formatrice en IFSI en choisissant à travers une série de propositions trois réponses possibles à ordonner de la plus importante à la moins importante. Cette question permet de saisir les motivations de cette transition biographique (Balleux & Perez-Roux, 2013) de la profession d'infirmier vers celle de formateur.

Les items proposés ont été élaborés dans un premier temps par une réflexion personnelle, qui a été enrichie dans un second temps par un échange avec quelques collègues formateurs lors du pré-test de ce questionnaire. Ils permettent de percevoir si ces changements sont d'ordre intrinsèque (« accès à l'université, à la recherche », « amélioration revenu salarial », « conditions d'exercice de cette activité professionnelle (rythme de travail, etc.) », « envie d'accroître vos connaissances personnelles », « envie d'entrer dans l'enseignement », « envie de porter les valeurs infirmières », « envie de transmettre votre pratique infirmière », « envie de changer de public », « par lassitude de la fonction d'encadrement d'équipe paramédicale », « par lassitude de la profession infirmière », « volonté d'évolution professionnelle ») ou d'ordre extrinsèque (« influence de l'entourage amical », « influence du milieu familial », « influence du milieu professionnel (sollicitation de l'encadrement, de l'IFSI...) »).

Cette question 19 permet également d'identifier une rupture dans ce changement professionnel au niveau du processus biographique (Dubar, 2010) : « volonté d'évolution professionnelle », « accès à l'université, à la recherche », « envie d'entrer dans l'enseignement, conditions d'exercice de cette activité professionnelle (rythme de travail, etc.) », « par lassitude de la fonction de cadre de proximité », « par lassitude de la profession infirmière ». Ou il peut montrer une continuité dans ce changement professionnel : « envie de porter les valeurs infirmières », « envie de transmettre sa pratique infirmière ».

La question 22 demande aux participants de définir leur motivation actuelle par rapport à leur profession par le biais de plusieurs items à l'aide d'une échelle de Likert. Les items choisis sont ceux de la question 19 adaptés à l'exercice actuel. Ceci permet de mesurer l'évolution de la motivation des formateurs entre leur prise de poste et maintenant, afin de percevoir peut-être une entrée dans la profession idéalisée. Cette question identifie également une partie des identités assumées (*Ibid.*) des formateurs interrogés.

La question 21 « Vous définissez ou vous présentez-vous parfois comme infirmier/infirmière ? » permet de repérer la place de l'identité héritée (*Ibid.*) d'infirmier dans l'identité investie dans le présent (Gravé, 2002) des formateurs IFSI.

La question 20 « Pensez-vous qu'il soit impérativement nécessaire d'être ou d'avoir été infirmier/infirmière pour être formateur/formatrice en IFSI ? » précise l'existence ou non d'un sentiment d'appartenance à un groupe professionnel.

La question 23, portant sur l'existence ou non de perspectives d'évolution professionnelle, met en évidence l'identité visée (Dubar, 2010) des formateurs IFSI interrogés. En cas de réponse positive, elle permet de percevoir leurs perspectives d'avenir (hors ou dans le milieu de la formation, hors ou dans le milieu du soin) dans une logique d'évolution au niveau du statut (cadre supérieur de santé, poste de Direction) ou au niveau de la fonction (cadre de proximité, recherche via un doctorat).

1.1.2.2. Rapport aux autres

La quatrième partie du questionnaire s'intitule « rapport aux autres » et est constituée de cinq questions.

Les questions 24 et 25 portent sur le nombre de formateurs présents dans l'IFSI d'exercice et sur le nombre d'étudiants dont la personne interrogée est référente. Nous obtenons ainsi des informations contextuelles sur l'IFSI d'exercice.

La question 26 demande aux répondants, en utilisant une échelle de Likert, de qualifier leurs relations avec divers collaborateurs (étudiants en soins infirmiers, collègues formateurs, équipe de Direction, intervenants extérieurs, maîtres de stage, tuteurs...). Cette question nous permet d'aborder le processus identitaire relationnel (*Ibid.*) des formateurs IFSI interrogés.

Par le biais d'une échelle de Likert, la question 28 interroge les répondants sur l'image qu'ils pensent que leurs collaborateurs se font de leur activité professionnelle. En lien avec la question 26, celle-ci nous permet d'aborder le processus relationnel des formateurs IFSI à travers l'image perçue des identités attribuées (*Ibid.*) par leurs collaborateurs.

La question 27 demande aux personnes interrogées si elles pensent qu'il existe une conception partagée de l'activité de formateur/formatrice dans le travail quotidien. Nous identifions si les formateurs IFSI se sentent appartenir à une identité collective ou au contraire s'ils se sentent en décalage avec l'ensemble de leurs collègues formateurs.

1.1.2.3. Pratique au quotidien

La cinquième et dernière partie du questionnaire intitulée « votre pratique au quotidien » contient quatre questions. Elle s'intéresse particulièrement aux identités assumées dans le processus relationnel (Dubar, 2010) par les formateurs IFSI.

La question 29 demande aux répondants, par le biais d'une échelle de Likert, de qualifier la présence de domaines d'intervention dans leur activité professionnelle. Dans un premier temps ces domaines d'intervention ont été élaborés à partir d'une réflexion personnelle qui est devenue collective après plusieurs échanges avec des collègues formateurs. Enfin ces domaines d'intervention ont été reformulés et ordonnés en lien avec le référentiel d'activités des formateurs IFSI issu du document de travail élaboré en 2012 par la DGOS. Ci-dessous, nous retrouvons numérotées les différentes activités référencées dans le document de travail et en italique pour chacune les domaines d'intervention que nous avons proposés pour ce questionnaire :

1. Conception, organisation, gestion et coordination des dispositifs de formation professionnelle initiale et continue, en soins et en santé :
 - *Ingénierie du dispositif de formation initiale ;*
 - *Ingénierie du dispositif de formation continue ;*
 - *Recherche, planification et organisation des stages.*

2. Gestion de l'information, des moyens et des ressources pour un dispositif de formation :
 - *Recherche des intervenants et mise en place des conditions d'intervention.*

3. Réalisation de prestations d'enseignement et de formation auprès des étudiants et des professionnels en soins et en santé :
 - *Animation de séquences d'enseignement et de formation ;*
 - *Préparation, organisation et mise en œuvre des évaluations ;*
 - *Analyse des activités, des situations, des pratiques en soins en groupe ou individuellement.*

4. Accompagnement de la personne dans son projet de formation :
 - *Accompagnement des étudiants dont vous êtes référent dans leur projet de formation ;*
 - *Guidances d'étudiants dans leurs travaux de recherche ;*
 - *Suivis d'étudiants en stage.*

5. Animation de la démarche qualité de la formation :
 - *Contrôle de la qualité des prestations de formation.*

6. Mise en place et animation de projets :
 - *Contribution à des projets et groupes de travail institutionnels ;*
 - *Travail en lien avec les terrains de stage ;*
 - *Responsabilité pédagogique, coordination de promotion.*

7. Veille professionnelle, études et travaux de recherches et d'innovation.
 - *Veille documentaire, réglementaire, institutionnelle ;*
 - *Réalisation d'études et de recherches.*

La question 30 demande aux formateurs interrogés de qualifier l'importance, par une échelle de Likert, d'un certain nombre de compétences. Les items ont été choisis à partir du référentiel de compétences des formateurs IFSI issu du document de travail de la DGOS (2012) croisé avec une réflexion menée à partir d'un questionnaire diffusé, sur plus de vingt ans, dans plusieurs pays dans le Monde où il était demandé aux participants (formateurs IFSI et étudiants) de classer par ordre d'importance les six compétences des formateurs IFSI (*nurse competence, teaching skills, evaluation skills, personality factors et relationship with students*) (Salminen *et al.*, 2010).

Les compétences issues du document de travail de la DGOS en 2012 sont les suivantes :

1. Concevoir et organiser un dispositif de formation dans le domaine de la santé et des soins ;
2. Organiser et coordonner les parcours de formation en alternance dans le domaine de la santé et des soins ;
3. Concevoir et animer des actions de formation initiale et continue dans le domaine de la santé et des soins ;
4. Accompagner les personnes dans leur parcours de formation dans le domaine de la santé et des soins ;
5. Évaluer les connaissances et les compétences des personnes en formation dans le domaine de la santé et des soins ;
6. Evaluer la qualité des prestations et s'inscrire dans une démarche qualité ;
7. Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche ;
8. Communiquer, transmettre les informations et rendre compte.

Voici les compétences des formateurs IFSI que nous avons élaborées et proposées pour ce questionnaire :

- Compétences en ingénierie de formation (compétence 1 du document de travail de la DGOS) ;
- Compétences managériales (compétence 2 du document de travail de la DGOS) ;
- Compétences d'enseignement (compétences 3 et 5 du document de travail de la DGOS) ;
- Compétences d'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation (compétence 4 du document de travail de la DGOS) ;
- Compétences dans la participation à la démarche qualité de la formation (compétence 6 du document de travail de la DGOS) ;
- Compétences dans le domaine de la recherche (compétence 7 du document de travail de la DGOS) ;
- Compétences communicationnelles (compétence 8 du document de travail de la DGOS) ;
- Compétences infirmières (absentes du document de travail de la DGOS).

L'ajout des compétences infirmières nous paraît intéressant aux niveaux des identités héritées (Dubar, 2010), des identités investies dans le présent (Gravé, 2002) et des identités assumées (Dubar, 2010).

La question 31 porte sur les indicateurs d'une formation infirmière de qualité en demandant aux personnes interrogées de choisir à travers une série de proposition trois réponses possibles à ordonner de la plus importante à la moins importante. Les items (« le nombre d'étudiants diplômés par rapport au nombre d'étudiants initialement présents dans la promotion concernée », « le ressenti des étudiants pendant la formation », « les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants », « les résultats des étudiants aux évaluations théoriques », « les résultats des étudiants en stage », « les travaux de recherche des étudiants à travers leurs mémoires de fin d'études », « les retours des professionnels de terrain pendant la formation » et « les retours des professionnels de terrain et/ou des employeurs après l'obtention du diplôme d'État ») ont été élaborés dans un premier temps par une réflexion personnelle, qui a été enrichie dans un second temps par un échange avec quelques collègues formateurs. Cette question permet de cibler les éléments prévalents en termes de reconnaissance identitaire chez les formateurs IFSI.

La question 32 « Pensez-vous que vos pratiques professionnelles ont changé depuis que vous exercez comme formateur/formatrice en IFSI ? Si oui, dans quel(s) domaine(s) d'intervention principalement ? » permet de percevoir un ou des éléments prévalents en termes d'identités assumées par les formateurs IFSI suite à leur transition professionnelle d'infirmier ou de cadre de santé manager vers formateur.

La dernière question 33 est ouverte et propose aux répondants de laisser une remarque ou un commentaire. Elle offre la possibilité d'une liberté d'expression à la personne interrogée pour préciser une réponse, ou apporter des éléments non abordés sur la thématique.

1.1.3. Présentation synthétique des variables

Afin de faciliter le repérage dans la lecture du questionnaire, voici l'ensemble des variables :

1^{ère} partie : identification (questions 1 à 9)

Genre, âge, situation familiale, enfant(s) ou non, catégories socioprofessionnelles de l'entourage en lien avec le milieu (para)médical, IFSI d'exercice, quotité de temps de travail.

2^{ème} partie : cursus et parcours professionnel (questions 10 à 18)

Diplômes scolaires avant la formation infirmière, type de diplôme infirmier et année d'obtention, IFSI lors de la formation infirmière, lieu(x) d'exercice infirmier, spécialisation infirmière autre que cadre de santé ?, année du début d'exercice de l'activité de formation, titulaire ou non d'un diplôme de cadre de santé, formation en master ou non (si non est-elle envisagée ?), expérience ou non d'encadrement d'équipe paramédicale.

3^{ème} partie : rapport à l'activité professionnelle (questions 19 à 23)

Motivations à devenir formateur, nécessité ou non d'être ou d'avoir été infirmier pour être formateur en IFSI, présentation ou non comme infirmier, motivations actuelles par rapport à la profession, perspectives ou non d'évolution professionnelle.

4^{ème} partie : rapport aux autres (questions 24 à 28)

Nombre de formateurs dans l'IFSI d'exercice, nombre d'étudiants en référence, relations avec les différents collaborateurs, conception partagée ou non de l'activité de formation, image des collaborateurs sur l'activité professionnelle.

5^{ème} partie : la pratique au quotidien (questions 29 à 32)

Domaines d'intervention, compétences requises, indicateurs d'une formation infirmière de qualité, évolution ou non des pratiques professionnelles depuis l'arrivée en formation.

1.2. Pré-test, mode de passation et retours

1.2.1. Le pré-test

La première version du questionnaire a été élaborée en mars 2017 et le pré-test a eu lieu au début du mois d'avril suivant. Il a été réalisé auprès de cinq collègues formatrices de l'IFSI dans lequel nous exerçons.

Leurs retours nous ont permis de préciser certaines questions et de retravailler plusieurs formulations. Ils nous ont également permis d'enrichir les items proposés pour quelques questions, notamment pour les questions 19 (motivations à devenir formateur), 22 (motivations actuelles par rapport à la profession), 29 (domaines d'intervention) et 31 (indicateurs d'une formation infirmière de qualité).

1.2.2. Mode de passation

Le questionnaire étant prêt en avril 2017, nous avons fait le choix de ne pas le diffuser avant début juillet 2017. En nous basant sur notre observation dans notre IFSI d'exercice, il nous est apparu que ce moment serait plus favorable. En effet, à cette période, les étudiants sont en congés et les formateurs ne le sont pas encore. Ces derniers nous semblaient plus disponibles et davantage enclins à consacrer une vingtaine de minutes à remplir un questionnaire de recherche.

Nous avons également adapté le questionnaire sur Google Forms afin de pouvoir le diffuser sous forme informatique. Afin de faciliter la diffusion et pour optimiser le taux de réponses, nous avons fait appel au CEFIEC afin de pouvoir bénéficier du réseau national de ce Comité.

Le questionnaire a donc été diffusé en ligne via le réseau du CEFIEC entre le 28 juin et le 6 septembre 2017.

1.2.3. Retours

303 réponses ont été collectées sur la période de diffusion. Au final, 300 réponses sont exploitables : un questionnaire a été renvoyé entièrement vierge, un questionnaire a été rempli par une formatrice en IFCS et un questionnaire a été rempli par une directrice des soins. Ces trois réponses ont été logiquement exclues de notre corpus de données.

En ce qui concerne le taux de retour et en l'absence de données précises sur les formateurs IFSI, il convient de se référer aux quelques données socio-démographiques nationales disponibles concernant les infirmiers cadres de santé dans leur globalité en France.

En 2017, selon la DREES, la catégorie des cadres de santé infirmiers (dans laquelle sont regroupés sans distinction les cadres de proximité managers et les cadres formateurs) représentait 17 413 personnes. La population infirmière étant composée en 2017, toujours selon la DREES de 681 459 personnes, les cadres de santé représentent environ 2,6 % des infirmiers.

En 2010, Yahiel et Mounier estiment que les cadres formateurs représentent 20 % du corpus total des cadres de santé estimé alors à environ 25 000 agents (ce qui paraît surprenant, les données de la DREES indiquant une hausse annuelle continue des effectifs des infirmiers cadres de santé). En transposant ce ratio aux données actuelles, il y aurait donc aujourd'hui environ 3 500 cadres formateurs IFSI, sans compter les infirmiers en situation de faisant-fonction.

Par ailleurs, le CEFIEC en 2017 indique la présence d'environ 3 000 formateurs en soins infirmiers sans préciser si les formateurs non cadres de santé sont comptabilisés. Ce chiffre correspond à un pourcentage d'environ 17 % de cadres formateurs sur le nombre total de cadres de santé infirmiers, en excluant de ce calcul les infirmiers faisant-fonction de cadres de santé.

Le taux de retour reste cependant difficilement quantifiable, car il est impossible de savoir avec certitude si le questionnaire a été diffusé dans tous les IFSI nationaux via le réseau CEFIEC. Néanmoins nous pouvons, compte tenu des éléments chiffrés ci-dessus, estimer que les retours correspondent à environ 10 % de la population globale des formateurs IFSI.

La représentativité de ce questionnaire apparaît difficile à évaluer. Comme indiqué précédemment, certaines données sont surprenantes et par moments en contradiction avec d'autres. Nous avons cité le rapport Yahiel et Mounier (2010) et les chiffres de la DREES qui s'ils concordaient signifieraient une réduction des effectifs des infirmiers cadres de santé d'environ 6 000 personnes en trois ans. Par ailleurs, la DREES recense en 2017, 60 cadres de santé étant diplômés d'un CCI et d'un diplôme de cadre de santé publique de moins de 45 ans et 260 personnes de moins de 50 ans dans le même cas. Ces formations ayant été remplacé en 1995 par le diplôme commun de cadre de santé, cela n'est pas possible pour les moins de 45 ans et très peu probable pour les moins de 50 ans.

En nous appuyant néanmoins sur les données de la DREES, nous relevons que les hommes représentent 15,83 % des infirmiers cadres de santé. Dans notre corpus issu de ce questionnaire, les hommes représentent 17,1 % des répondants.

La proportion d'hommes oscille dans les données de la DREES entre 14 % et 18 % environ selon les tranches d'âge. Dans notre étude, les hommes nés en 1975 et après représentent 30 % de cette tranche d'âge sans que nous puissions savoir si cela est une particularité de notre étude. Car rappelons que les données de la DREES concernent indistinctement les infirmiers cadres de santé managers et formateurs et que les personnes avec un statut de faisant-fonction ne sont pas comptabilisées.

En conclusion de cette partie relative aux données socio-démographiques des formateurs IFSI, nous constatons tout d'abord la non prise en compte des personnes avec un statut de faisant-fonction dans les données officielles. Le rapport Yahiel et Mounier (2010) se montre peu précis par rapport à ces dernières, tandis que les données de la DREES (2017) ne différencient pas les cadres managers et les cadres formateurs tout en excluant également les personnes avec un statut de faisant-fonction. Nous relevons un manque de concordance entre les données de la DREES (2017) et celles du rapport Yahiel et Mounier (2010). Par ailleurs, le CEFIEC recense 3 000 formateurs. Ceci nous permet d'évaluer le taux de retour de notre questionnaire de recherche à environ 10 % de la population totale des formateurs IFSI. Mais cela ne nous permet pas d'établir la représentativité de l'échantillon des formateurs IFSI issu de ce questionnaire. Nous qualifions donc celui-ci d'échantillon de convenance (Maubant, Lenoir, Routhier, Oliveira, Lisée & Hassani, 2005), reposant sur le volontariat des formateurs IFSI interrogés.

1.3. Méthode d'analyse des données

Pour l'analyse des données du questionnaire, nous avons fait le choix du logiciel Sphinx iQ2, après traitement et recodage de certaines questions d'un tableau Excel issu de l'enquête en ligne réalisée avec Google Forms. En effet, Google Forms permet uniquement une analyse à plat question par question. Sphinx iQ2 offre également la possibilité de réaliser une analyse à plat, mais aussi d'effectuer des analyses multivariées en calculant le khi2 entre plusieurs variables, indiquant ainsi un éventuel lien de significativité entre elles et le niveau de celui-ci (peu significatif, significatif ou très significatif).

L'acquisition de licences flottantes du logiciel Sphinx iQ2 par notre laboratoire de recherche, au moment où nous débutons notre analyse du questionnaire, nous a permis de travailler à distance avec plus de facilité et de souplesse.

Nous n'avons pu traiter les questions ouvertes comme nous l'espérions en effectuant une analyse de contenus. Nos tentatives avec les logiciels IRaMuTeQ et Sphinx iQ2 se sont révélées infructueuses. Le grand nombre de répondants différents et le style fréquemment télégraphique employé en sont sans doute en partie responsables. Pour les mêmes raisons, nous n'avons pas pu exploiter la question 32, qui portait sur l'évolution des pratiques professionnelles à travers des domaines d'intervention à citer. L'absence de traitement des questions ouvertes ne nous a pas permis, contrairement à ce que nous avons envisagé, de percevoir des éléments prévalents en termes d'identités assumées par les formateurs IFSI suite à leur transition professionnelle d'infirmier ou de cadre de santé manager vers formateur.

2. Démarche qualitative

À la suite du questionnaire, l'approche qualitative s'inscrit dans une visée davantage compréhensive afin de percevoir le sens que les formateurs IFSI donnent à leurs trajectoires professionnelles à travers leur projet de Soi pour soi, leurs activités et leurs relations à autrui (notamment en termes de reconnaissance). Cette enquête par entretien, postérieure à l'enquête par questionnaire, permettra d'interpréter les données préalablement produites lors de l'approche quantitative (Blanchet & Gotman, 2010).

2.1. Choix de l'outil et présentation du guide d'entretien

2.1.1. Choix de l'outil

Pour Dubar (2006), l'entretien est le meilleur moyen pour percevoir la construction des identités professionnelles. Définir celui-ci « comme une conversation ayant un but présente l'avantage d'être suffisamment large pour englober une grande variété d'entretiens possibles, mais en contrepartie reste trop vague pour permettre de distinguer les différents types d'entretiens » (Ghiglione & Matalon, 1978, p. 59). Trois types d'entretien sont alors classiquement différenciés : les entretiens non directifs, les semi-directifs et les directifs (Ghiglione & Matalon, 1978).

Dans le cadre d'entretiens non directifs, l'auteur pose « un thème très général n'incluant aucun cadre de référence particulier » (*Ibid.*, p. 75). Ces entretiens correspondent « aux études de type exploratoire, ou éventuellement de type approfondissement » (*Ibid.*, p. 78).

L'entretien directif est « fort proche d'un questionnaire dans lequel ne figureraient que des questions ouvertes » (*Ibid.*, p. 75). Il est utilisé dans les études relevant du contrôle et de la vérification (Ghiglione & Matalon, 1978).

Enfin l'entretien semi-directif « intervient à mi-chemin entre une connaissance complète et antérieure de la situation par le chercheur, ce qui renvoie à l'entretien directif [...] et une absence de connaissance qui renvoie à l'entretien non directif » (*Ibid.*, p. 79). Il existe, dans

ce type d'entretien, un guide d'entretien comportant plusieurs thèmes qui seront nécessairement abordés, mais dans un ordre aléatoire. L'entretien semi-directif se révèle donc « approprié pour approfondir un domaine donné, ou vérifier l'évolution d'un domaine déjà connu » (*Ibid.*).

C'est ce dernier type d'entretien semi-directif, nous paraissant le mieux correspondre au second temps de notre recherche, que nous avons retenu sous une démarche compréhensive (Kaufmann, 2007). Cette dernière « s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur » (*Ibid.*, p. 26). S'inspirant de la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 2017), la démarche compréhensive selon Kaufmann (2007) s'y apparente sans toutefois poser la théorisation comme exclusivement issue des données empiriques de terrain. Un travail de lectures en amont est primordial : « il n'est pas de recherche sans lectures. [...] Or l'abstinence est une erreur encore plus grave que la "gloutonnerie livresque" » (*Ibid.*, pp. 37-38). Loin d'idéaliser la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 2017), Kaufmann (2007) tente au contraire de la dépasser, utilisant cette dénomination « comme un étendard de ralliement » (*Ibid.*, p. 90) et reconnaissant les usages européens du terme qui prennent beaucoup de libertés avec les consignes de Glaser et Strauss (2017), « se contentant de renvoyer à un vague lien entre théorie et terrain » (Kaufmann, 2007, p. 90). Il se range d'ailleurs à l'avis de Daniel Cefaï considérant que « l'inductionnisme pur est illusoire » (Cefaï, 2003, p. 597). L'entretien compréhensif s'inscrit dans cette posture du chercheur issue de la *Grounded Theory* mais avec la réserve que le chercheur « doit apprendre à se libérer de la seule induction [...] pour la combiner avec des propositions théoriques établies, cependant mises à l'épreuve du terrain. [...] À ce point les lectures théoriques deviennent des instruments essentiels » (Kaufmann, 2007, p. 91).

2.1.2. Le guide d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien pour « faire parler les informateurs autour du sujet » (*Ibid.*, p. 45) dans l'objectif de « déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème » (*Ibid.*). Pour ce faire, nous avons rédigé une « suite de vraies questions, précises, concrètes [...] en direction d'un informateur fictif » (*Ibid.*), en essayant d' « imaginer ses réactions et ses réponses » (*Ibid.*).

À partir des résultats de la partie quantitative de cette recherche, et en nous appuyant sur les cadres théoriques de Dubar (2010) et de Kaddouri (2002) tout en intégrant l'accélération du processus d'universitarisation depuis la passation du questionnaire, nous avons élaboré notre guide d'entretien :

Tableau 3 : Présentation du guide d'entretien pour les formateurs IFSI

Thèmes	Questions
Parcours scolaire et professionnel	<p>Quels sont vos parcours scolaire et professionnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etudes secondaires réalisées ? - Comment êtes-vous devenu infirmier ? (Rapport familial ? Plusieurs projets professionnels ?) - Lieux d'exercices professionnels ? - Comment êtes-vous devenu formateur en IFSI ? (motivations pour entrer dans la formation (lien avec quatre catégories)) Comment s'est passé ce choix ? Avez-vous hésité ? Impact sur vie personnelle ?
Définition de soi et présentation de soi	<p>Comment vous définissez-vous en tant que formateur IFSI ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle place pour la pédagogie ? - Comment vous présentez-vous auprès des étudiants, des collègues formateurs, de l'équipe de Direction, des intervenants extérieurs (universitaires ou non), des professionnels de terrain (maîtres de stage ou tuteurs) ? - Vous sentez-vous encore infirmier ? Si oui, dans quel(s) contexte(s) ? <p>Qu'est-ce qui pour vous à la plus de valeur dans votre profession ? (Valeurs infirmières ? Si citées : qu'entendez-vous par là ?)</p>
Pratique professionnelle	<p>Que privilégiez-vous dans votre pratique de formateur ?</p> <p>Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans les activités suivantes : guidance des étudiants dans leurs travaux de recherche, suivis de stage, suivis pédagogiques individuels, situations d'enseignement ?</p> <p>Quelle(s) compétence(s) vous semble(nt) primordiale(s) pour un formateur en IFSI ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétences infirmières ?
Image de l'activité professionnelle	<p>Pensez-vous être reconnu professionnellement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par votre Institution ? Financièrement ? - Par les personnes suivantes : étudiants, collègues formateurs, hiérarchie, professionnels de terrain (cadres, IDE), intervenants extérieurs, autres personnes (proches ou moins proches) ? <p>Vous sentiez-vous différemment reconnu professionnellement par ces mêmes personnes quand vous étiez infirmier ?</p> <p>Avez-vous ou avez-vous eu des difficultés relationnelles avec ces différents collaborateurs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand il y a des conflits, des tensions, avec qui ont-ils lieu ? Sur quoi portent-ils ?
Évolution de la profession	<p>Comment percevez-vous l'intégration des formations paramédicales à l'Université ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que cela va vous impacter professionnellement ? Si oui, en quoi ? - Comment percevez-vous la fin de la nécessité d'être cadre de santé et/ou IDE pour être formateur en IFSI ? - Seriez-vous intéressé par un poste d'enseignant-chercheur ?
Avenir	<p>Quel avenir professionnel envisagez-vous ?</p>

Ce guide est composé de six thèmes en lien avec notre cadre théorique :

- « Parcours scolaire et professionnel » relatif aux identités héritées ;
- « Définition de soi et présentation de soi » relatif à l'identité investie dans le présent ;
- « Avenir » relatif aux identités visées ;
- « Pratique professionnelle » relatif aux identités assumées ;
- « Image de l'activité professionnelle » relatif aux identités attribuées ;
- « Évolution de la profession » relatif au processus d'universitarisation des professions paramédicales.

2.2. Recueil de données

2.2.1. Conditions de réalisation des entretiens

Sur la base de ce guide d'entretien, nous avons réalisé quinze entretiens entre janvier et mai 2019. Ils ont duré entre trente-huit et soixante-douze minutes, avec une moyenne de cinquante-six minutes. Ils se sont déroulés sur le lieu d'exercice professionnel des personnes interrogées ou, dans quelques cas, à leur domicile. Chaque entretien a été enregistré, intégralement retranscrit et anonymisé.

Au cours de ces différents entretiens, nous nous sommes attachés à développer une écoute active selon Carl Rogers (1976). Pour ce faire, et afin de nous inscrire dans le cadre d'entretien de recherche semi-directif à visée compréhensive, nous avons utilisé différents types de reformulations ou de relances (Blanchet & Gotman, 2010), tout en nous montrant empathique (Kaufmann, 2007).

2.2.2. Les formateurs IFSI interrogés

Nous avons sélectionné les formateurs IFSI interrogés en fonction de nos connaissances d'une part, et des personnes qui se sont portées volontaires suite à nos sollicitations auprès de directions d'IFSI d'autre part. Nous ne recherchions pas une

représentativité stricte de la population des formateurs IFSI et cet échantillon est donc de convenance (Maubant *et al.*, 2005). Néanmoins nous nous sommes attachés à interroger des formateurs exerçant dans des régions différentes (Champagne-Ardenne, Hauts-de-France et Lorraine) et dans des IFSI de tailles différentes, dépendants de CHU ou de CH. Nous avons également recherché des formateurs avec des âges et des parcours professionnels différents, novices ou plus expérimentés dans la formation infirmière, présentant ou non une expérience managériale antérieure, titulaires ou non d'un diplôme de cadre de santé et/ou d'un master.

À l'instar d'Anne Barrère (2003), une autre variable liée au degré de connaissance et de familiarité avec les interviewés apparaît dans notre série d'entretiens. En effet, nous pouvons séparer les personnes interrogées en trois groupes. Le premier groupe se compose de personnes inconnues et rencontrées dans le cadre de ce travail de recherche. Un deuxième groupe comporte des collègues ou des anciens collègues connus sans être des amis. Enfin un troisième et dernier groupe d'amis complète ce panorama. Les deux derniers groupes sont reconnaissables au tutoiement employé lors des entretiens. Par ailleurs, une certaine proximité professionnelle actuelle ou antérieure peut avoir engendré des éléments implicites dans les échanges. Vis-à-vis du troisième groupe, nous pensons que « l'amitié [...] ne garantit rien et ne dispense pas de la prudence dans l'exercice des relations interpersonnelles : le juste équilibre entre la familiarité et la distance, la connivence et le regard critique » (Marchive, 2005, p. 78). Si une proximité importante peut se révéler être un biais, elle peut également permettre d'éviter aux répondants d'endosser le rôle de bon élève (Kaufmann, 2007) et de limiter le désir d'être perçu « comme une personne ne violant pas les normes sociales et présentant une image flatteuse : celle de la consistance cognitive, du mérite et de la connaissance » (Ghiglione & Matalon, 1978, p. 67).

Les personnes interrogées sont au nombre de quinze et nous allons maintenant les présenter brièvement.

Aurore est, au moment de l'entretien, âgée de 35 ans et exerce en tant que formatrice IFSI dans un CHU depuis bientôt trois ans. Elle est puéricultrice, cadre de santé et titulaire d'un master en sciences de gestion. Aurore a été directrice d'une crèche. L'entretien s'est déroulé dans un cadre privé, de façon détendue.

Âgé de 47 ans, Bertrand exerce dans un CHU comme formateur IFSI depuis deux ans et demi au moment de l'entretien. Celui-ci s'est déroulé dans le cadre professionnel de l'interviewé. Bertrand est cadre de santé et titulaire d'un master en sociologie. Il a une expérience managériale diversifiés (intra et extrahospitalière, dans le milieu sanitaire et médico-social).

Christine est âgée de 56 ans et exerce dans le même CHU depuis le début de sa carrière professionnelle. Elle est formatrice IFSI depuis dix ans. Titulaire du CCI, elle ne possède pas de master, mais est actuellement inscrite dans une formation universitaire sur le raisonnement clinique. Elle a été cadre de proximité en milieu hospitalier pendant une dizaine d'années.

Dorothée est formatrice IFSI depuis six ans dans le CHU où elle a effectué la majeure partie de sa carrière professionnelle jusqu'ici (infirmière puis cadre de proximité). L'entretien a eu lieu dans le cadre professionnel. Âgée de 49 ans, Dorothée est cadre de santé et titulaire d'un master en sciences de gestion.

Emmanuelle est âgée de 59 ans et est formatrice IFSI depuis quatre ans, après avoir été de nombreuses années formatrice en école de puéricultrices dans le même établissement. L'entretien a eu lieu dans le cadre professionnel. Emmanuelle est puéricultrice, cadre de santé et titulaire d'un master en sciences de gestion, d'un master 1 en santé publique et d'un Diplôme Universitaire (DU) de sophrologie.

Flore n'est plus formatrice en IFSI depuis quelques semaines lors de cet entretien, qui a eu lieu dans un cadre professionnel. Après environ un an d'exercice en tant que faisant-fonction de cadre de santé formatrice, elle a fait le choix de retourner travailler en service en tant qu'infirmière. Elle est âgée de 28 ans.

Âgée de 39 ans, Géraldine est formatrice IFSI depuis deux ans en tant que faisant-fonction de cadre de santé formatrice dans un CHU. Elle vient d'être récemment diplômée cadre de santé avec conjointement un master en sciences de gestion, sans avoir eu jusque-là d'expérience managériale. Notre entretien a eu lieu dans un cadre informel et décontracté.

Huguette est âgée de 55 ans et est formatrice depuis quatre ans dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier où elle exerçait auparavant comme cadre de proximité. Notre entretien a eu lieu dans le cadre professionnel, dans un espace confortable et dédié. Titulaire du diplôme de cadre de santé, elle ne possède pas de master.

Âgée de 58 ans, Irène est formatrice IFSI depuis dix-neuf ans. Elle exerce actuellement dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier après avoir été cadre de proximité pendant quatre ans. Titulaire du diplôme de cadre de santé, elle ne possède pas de master. Notre entretien a eu lieu dans son cadre professionnel au sein d'un espace convivial.

Janine est âgée de 54 ans et exerce depuis moins d'un an en tant que formatrice dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier, après de nombreuses années dans le management d'équipes soignantes. Titulaire du diplôme de cadre de santé, elle ne s'est jamais inscrite dans un cursus de master. Nous nous sommes entretenus sur son lieu de travail dans un lieu dédié.

Karen est formatrice dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier depuis quatre ans, suite à un épuisement professionnel. Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État (IBODE), elle était cadre de proximité dans son précédent lieu d'exercice au bloc opératoire. Elle est âgée de 52 ans et est titulaire du diplôme de cadre de santé, mais pas d'un master. Nous nous sommes entretenus sur son lieu de travail dans un bureau prévu à cet effet.

Louis est formateur dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier depuis cinq ans, après une brève et douloureuse expérience du management hospitalier. Il est âgé de 39 ans, est titulaire d'un diplôme de cadre de santé et ne possède pas de master. Notre entretien s'est tenu dans son IFSI d'exercice.

Marie est âgée de 42 ans et exerce depuis un an et demi dans un IFSI dépendant d'un CHU. Aide-soignante, puis infirmière, puis IBODE, puis cadre de santé, elle a été cadre de proximité quelques années avant de devenir formatrice. Elle est actuellement doctorante en sciences de gestion. Notre entretien s'est déroulé dans le cadre professionnel de son IFSI d'exercice.

Noémie a 39 ans et est infirmière faisant-fonction de cadre formatrice depuis trois mois dans un IFSI dépendant d'un CHU. Notre entretien a eu lieu dans son IFSI d'exercice.

Enfin Olivia est âgée de 42 ans et est formatrice depuis neuf ans dans un IFSI dépendant d'un CHU. Elle est titulaire du diplôme de cadre de santé et d'un master en sciences de gestion, sans avoir eu d'expérience managériale. L'entretien s'est tenu à son bureau dans son IFSI d'exercice.

2.2.3. Présentation synthétique des formateurs IFSI interviewés

Le tableau suivant présente de façon synthétique les différents formateurs IFSI interrogés.

Tableau 4 : Présentation synthétique des formateurs IFSI interrogés

Nom	Âge	Ancienneté dans la fonction formateur IFSI	Cadre de santé	Master	IFSI dépendant d'un CHU ou d'un CH	Expérience managériale
Aurore	35	3 ans	Oui	Oui	CHU	Oui
Bertrand	47	2 ans et ½	Oui	Oui	CHU	Oui
Christine	56	10 ans	Oui	Non	CHU	Oui
Dorothée	49	6 ans	Oui	Oui	CHU	Oui
Emmanuelle	58	4 ans	Oui	Oui	CHU	Oui
Flore	28	1 an puis arrêt	Non	Non	CHU	Non
Géraldine	39	2 ans	Oui	Oui	CHU	Non
Huguette	55	4 ans	Oui	Non	CH	Oui
Irène	58	19 ans	Oui	Non	CH	Oui
Janine	54	< 1 an	Oui	Non	CH	Oui
Karen	52	4 ans	Oui	Non	CH	Oui
Louis	39	5 ans	Oui	Non	CH	Oui
Marie	42	1 an et ½	Oui	Oui	CHU	Oui
Noémie	39	3 mois	Non	Non	CHU	Non
Olivia	42	9 ans	Oui	Oui	CHU	Non

Nous constatons une forte prédominance féminine (treize personnes sur quinze interviewées) avec une moyenne d'âge chez les formateurs IFSI interrogés de 46 ans (Flore âgée de 28 ans est la plus jeune tandis que qu'Emmanuelle et Irène âgées de 58 ans sont les doyennes de notre corpus). L'ancienneté dans la fonction de formation infirmière est de cinq ans en moyenne. Hormis Flore et Noémie, toutes les personnes interrogées sont titulaires d'un diplôme de cadre de santé. Huit formateurs ne possèdent pas de master et nous observons une forte corrélation avec le lieu d'exercice : les cinq personnes dont l'IFSI dépend d'un CH n'ont pas de master alors que sept formateurs sur dix exerçant dans un CHU sont titulaires

d'un master. Enfin, onze formateurs interrogés sur un total de quinze ont une expérience managériale antérieure.

2.3. Méthodes d'analyse du corpus

L'analyse de contenu de ce corpus de données s'est effectuée en utilisant les trois types d'analyses existants (Blanchet & Gotman, 2010) : une analyse lexicale suivie d'une analyse par entretien puis d'une analyse thématique. Nous allons à présent justifier ce choix.

2.3.1. L'analyse lexicométrique

Quelle que soit la discipline, un des fondements de l'activité scientifique repose sur un travail d'analyse des données. Selon le CNRTL, la lexicométrie désigne l' « étude statistique du vocabulaire ; science qui étudie la répartition du vocabulaire dans le discours ». L'analyse lexicométrique repose sur le postulat que plus le mot est présent dans un discours, plus il a de l'importance pour l'individu qui s'exprime. Comme le relèvent Baillat, Emprin et Ramel (2016, p. 228) :

Malgré les efforts d'objectivité du chercheur qui aborde un texte, l'interprétation est souvent influencée par des présupposés initiaux. Un grand corpus rend également difficile une analyse fine et subtile : il renforce la tendance à n'y chercher que ce que l'on veut y voir. Le risque est alors d'obtenir une compréhension intuitive et parfois biaisée du matériau étudié.

La lexicométrie permet donc au chercheur d'objectiver ses données et d'identifier des aspects de son corpus non détectables manuellement. Le calcul des occurrences de mots (nombre de fois où un mot est présent) et celui des co-occurrences (mots utilisés ensemble dans les mêmes unités sémantiques) y contribuent. Ces dernières sont exploitées dans les travaux de Max Reinert (2008, p. 982) à l'aide d'un dispositif d'analyse qui

Consiste à découper le texte étudié en segments de longueur comparable [...] et à étudier la variation des distributions des mots pleins dans ces segments [...]. Ce modèle simplifié de représentation statistique d'un discours suffit à mettre en évidence, du moins dans l'analyse de certains corpus, une tendance du vocabulaire à se distribuer dans des mondes lexicaux stabilisés.

Ainsi des segments de texte présentant un nombre de co-occurrences significatives se situeront dans le même monde lexical. L'identification de ces mondes lexicaux permettra au chercheur d'interpréter ceux-ci. Les analyses des occurrences et des co-occurrences sont « utiles dans la phase initiale d'exploration de corpus volumineux pour réduire le nombre d'informations à traiter, localiser les ruptures thématiques et le contenu de chacun des thèmes » (Baillat, Emprin & Ramel, 2016, p. 229). Pour ce faire, l'utilisation d'un logiciel d'analyse textuelle est nécessaire.

La méthode Reinert (1983, 1990) repose sur le croisement des segments de texte avec les formes actives du corpus à partir d'un tableau de présence/absence. L'objectif de cette analyse « qui opère par bipartitions successives du tableau sur la base d'une analyse factorielle des correspondances, est de réunir les segments de texte qui ont tendance à contenir les mêmes formes dans des ensembles que l'on nomme "classe" » (Ratinaud & Marchand, 2015, p. 62). Si aucune classe n'est détectée dans un texte, cela indique « que ce texte possède une certaine uniformité thématique. Par contre, la détection de classes dans un texte traduit le fait que ce texte est constitué de différents mondes lexicaux, un peu comme un livre est constitué de différents chapitres » (Blanchet & Gotman, 2010, p. 101). Ce type d'analyse « permet donc de mieux repérer les univers de références auxquels se rapportent les interviewés, d'en évaluer le poids respectif et de reconstruire les logiques subjectives à travers lesquelles ils appréhendent leur expérience » (*Ibid.*, p. 104).

Ainsi, les classes constitutives des discours des quinze formateurs IFSI interrogés pourront servir de bases lors de l'analyse de contenu thématique classique (Bardin, 2013), qu'elle soit verticale, entretien par entretien, ou horizontale, en traitant les thèmes dans les différents entretiens (Ghiglione & Matalon, 1978).

Pour effectuer l'analyse lexicométrique, nous avons utilisé IRaMuTeQ, acronyme (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) désignant un logiciel d'analyse de textes développé par Pierre Ratinaud, qui s'appuie sur le logiciel de statistique R. IRaMuTeQ prépare les données et inscrit des scripts qui sont ensuite analysés dans le logiciel statistique R (Loubère & Ratinaud, 2014). Les logiciels IRaMuTeQ et R sont gratuits et téléchargeables sur internet.

2.3.2. L'analyse entretien par entretien

Correspondant à l'analyse thématique classique verticale (Ghiglione & Matalon, 1978), l'analyse par entretien « porte sur chaque sujet séparément : on passe en revue les différents thèmes qu'il a abordés, ce qu'il a dit, et on tente, éventuellement, une synthèse individuelle » (*Ibid.*, 1978, p. 199). Elle « repose sur l'hypothèse que chaque singularité est porteuse du processus soit psychologique, soit sociologique que l'on veut analyser » (Blanchet & Gotman, 2010, p. 94). L'analyse par entretien revient à dresser en quelque sorte le portrait à travers sa logique interne de chaque individu interrogé : « Sous l'apparent désordre thématique, il s'agira de rechercher la structuration spécifique, la dynamique personnelle, qui, en filigrane du flot de paroles, orchestre le processus de pensée de l'intéressé » (Bardin, 2013, p. 97). Ce type d'analyse de contenu « se justifie [...] lorsqu'on étudie des processus, des modes d'organisation individuels en tant qu'ils sont révélateurs [...] d'un mode de réalisation d'une tâche professionnelle [...] ; d'une théorie du mode de production de l'existence (récit de vie) » (Blanchet & Gotman, 2010, p. 94). Ainsi, l'analyse entretien par entretien « permet de déceler le mode d'engendrement singulier des processus, qu'il soit [...] cognitif ou biographique » (*Ibid.*).

La place de l'analyse entretien par entretien se situe en amont de l'analyse thématique, à proprement parler, qui demeure indispensable. Mais « il faut la compléter, et de préférence préalablement, par une autre technique de déchiffrement – et de défrichage – entretien par entretien » (Bardin, 2013, p. 96).

2.3.3. L'analyse thématique

Également appelée analyse thématique horizontale (Ghiglione & Matalon, 1978), l'analyse thématique est « irremplaçable sur le plan de la synthèse [...] ; elle permet la relativisation, la distanciation ; elle met à jour les constantes, les ressemblances, les régularités » (Bardin, 2013, pp. 95-96). Elle « défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens » (Blanchet & Gotman, 2010, p. 96). Ici, l'analyse consiste donc « à passer en revue les "thèmes" abordés par chaque sujet séparément pour en faire la synthèse » (*Ibid.*).

Pour procéder à ces deux analyses thématiques, verticale puis horizontale (Ghiglione & Matalon, 1978), nous avons identifié des thèmes qui nous ont servi à construire une grille d'analyse « à partir des hypothèses descriptives de la recherche, [...] reformulées après lecture des entretiens » (Blanchet & Gotman, 2010, p. 96), dans un mouvement d' « itération entre hypothèses et corpus » (*Ibid.*).

La grille d'analyse suivante a donc servi à la réalisation des analyses thématiques (entretien par entretien puis thématique à proprement parler) des entretiens effectués auprès des formateurs IFSI.

Tableau 5 : Présentation de la grille d'analyse thématique

				Regard sur le processus d'universitarisation
Identité professionnelle	Processus biographique	Regard sur les identités héritées	<u>Éléments du discours en lien avec les identités héritées</u> Origines et trajectoires socio-professionnelles	<u>Éléments du discours en lien avec le processus d'universitarisation des formateurs IFSI</u> Perception des évolutions actuelles et leur impact sur la profession de formateur IFSI
		Regard sur l'identité investie dans le présent	<u>Éléments du discours en lien avec l'identité investie dans le présent</u> Identité de soignant ou de formateur ?	
		Regard sur les identités visées	<u>Éléments du discours en lien avec les identités visées</u> Perspectives d'évolution professionnelle	
	Processus relationnel	Regard sur les identités assumées	<u>Éléments du discours en lien avec les identités assumées</u> Rôles professionnels intériorisés en contexte	
		Regard sur les identités attribuées	<u>Éléments du discours en lien avec les identités attribuées</u> Reconnaissance socio-professionnelle	

PARTIE IV
RESULTATS

1. Analyse quantitative

Le questionnaire nous a permis de brosser un portrait des formateurs IFSI et de leur activité professionnelle. Nous allons maintenant présenter les résultats de cette étude quantitative en nous référant au modèle identitaire de Claude Dubar (1992, 2010).

1.1. Le processus biographique : un changement dans la continuité

Le processus biographique, diachronique et subjectif, se caractérise par une transaction subjective entre les identités héritées et les identités visées, qui peut déboucher sur une continuité avec reproduction d'identités héritées ou une rupture avec production de nouvelles identités (Dubar, 2010). Nous avons fait le choix conceptuel d'introduire la dimension actuelle dans la transaction subjective à travers l'identité professionnelle investie dans le présent (Gravé, 2002).

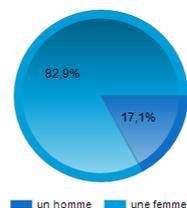
1.1.1. Les identités héritées des formateurs IFSI

Les identités héritées (Dubar, 2010) découlent des éléments objectifs de l'identité sociale des professionnels : origines sociales et professionnelles, trajectoires. Les indicateurs de ces identités héritées sont donc le genre, l'âge, la situation familiale, l'origine sociale, le cursus scolaire initial, la formation professionnelle initiale et continue et le parcours professionnel (Gravé, 2002).

Nous allons à présent étudier les caractéristiques du corpus étudié au regard de ces indicateurs.

1.1.1.1. Un groupe professionnel à dominante féminine et plutôt âgé

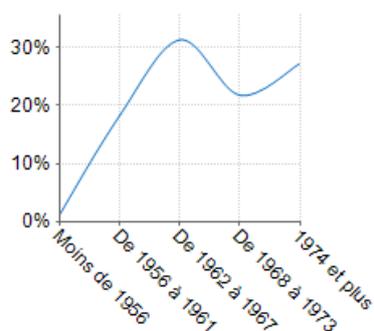
Graphique 1 : Répartition homme/femme



82,9 % des personnes ayant répondu sont des femmes et 17,1 % sont donc des hommes.

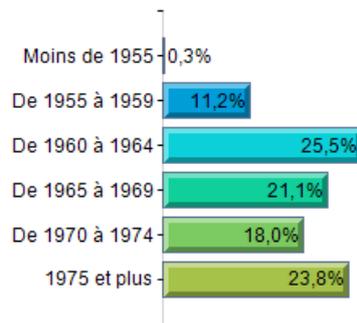
Graphique 2 : Année de naissance des répondants

Moyenne = **1968,45** Médiane = **1967,00** Ecart-type = **7,62**
Min = **1954** Max = **1986**



L'âge moyen des répondants est de 49 ans avec un maximum de 63 ans et un âge minimum de 31 ans. Ces chiffres ne sont pas surprenants, l'activité de formateur venant après une activité professionnelle initiale infirmière de plusieurs années (cinq au minimum).

Graphique 3 : Tranches d'âge des répondants

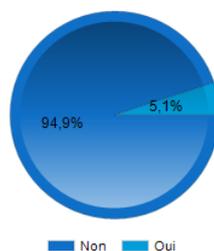


Nous observons que 25,5 % des personnes interrogées ont entre 53 et 57 ans, 23,8 % ont moins de 42 ans, 21,1 % entre 48 et 52 ans, 18 % entre 43 et 47 ans, 11,2 % entre 58 et 62 ans et 0,3 % plus de 62 ans.

En croisant ces différentes données, nous remarquons que les hommes de ce corpus sont très significativement ($p\text{-value} = < 0,01$; Fisher = 13,70) plus jeunes que les femmes avec une moyenne d'âge de 45 ans contre une moyenne d'âge de 50 ans pour les femmes. Les hommes représentent 30 % de la population âgée de moins de 42 ans (et 50 % de la population âgée de moins de 35 ans), quand les femmes représentent 64,7 % de la population âgée de 53 à 57 ans ($p\text{-value} = < 0,01$; $\text{Khi}^2 = 21,07$; $\text{ddl} = 5,00$).

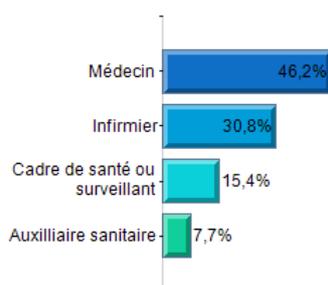
1.1.1.2. Origine sociale

Graphique 4 : Exercice d'une profession médicale ou paramédicale par le père ?



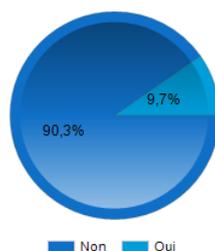
Peu de répondants (5,1 %) ont un père qui exerce ou a exercé une profession médicale ou paramédicale.

Graphique 5 : Type de profession médicale ou paramédicale exercée par le père



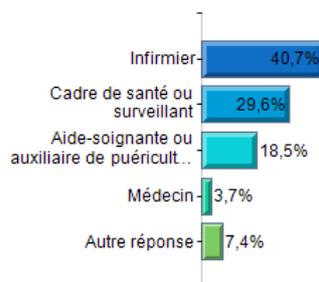
Près de la moitié des personnes concernées (46,2 %) ont des pères médecins. Puis nous retrouvons les infirmiers IDE (23,1 %) ou ISP (7,7 %), les cadres de santé ou surveillants (15,4 %) et enfin les auxiliaires sanitaires (7,7 %).

Graphique 6 : Exercice d'une profession médicale ou paramédicale par la mère ?



Environ le double de personnes (9,7 %) a une mère qui exerce ou a exercé une profession médicale ou paramédicale.

Graphique 7 : Type de profession médicale ou paramédicale exercée par la mère



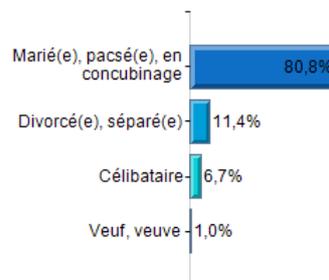
Dans ce cas, leur mère exerce ou exerçait principalement comme infirmière (40,7 %) ou comme cadre de santé ou surveillante (29,6 %). Viennent ensuite aide-soignante ou auxiliaire de puériculture (18,5 %), et enfin médecin (3,7 %).

Nous observons une corrélation importante quant à l'appartenance des deux parents au milieu médical ou paramédical. Quand la mère de la personne interrogée exerce une profession (para)médicale, le taux de père exerçant une profession (para)médicale s'élève très significativement (p -value = $< 0,01$; $\text{Khi}^2 = 57,82$; $\text{ddl} = 1,00$) à 34,5 %. Et inversement, quand le père de la personne interrogée exerce une profession (para)médicale, le taux de mère exerçant une profession (para)médicale atteint 66,7 %, de façon très significative (p -value = $< 0,01$; $\text{Khi}^2 = 57,82$; $\text{ddl} = 1,00$).

Nous relevons également une relation très significative (p -value = $< 0,01$; Fisher = 7,81) entre un plus jeune âge du répondant et l'appartenance de la mère au milieu médical ou paramédical avec une moyenne d'année de naissance de 1973,52 (pour une moyenne de l'ensemble des participants de 1968,49). De façon très significative (p -value = $< 0,01$; $\text{Khi}^2 = 15,99$; $\text{ddl} = 5,00$), 21,4 % des répondants qui ont moins de 43 ans ont une mère qui exerce ou a exercé une profession médicale ou paramédicale.

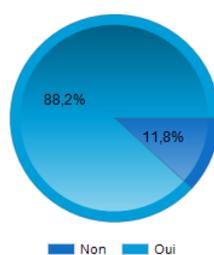
1.1.1.3. Vie familiale

Graphique 8 : Situation familiale



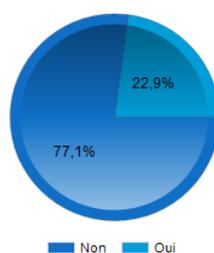
Au niveau de la situation familiale, la très grande majorité des répondants (80,8 %) est mariée, en concubinage ou pacsée. 11,4 % sont divorcé(e)s ou séparé(e)s, 6,7 % sont célibataires et 1 % est veuf ou veuve.

Graphique 9 : Présence d'enfant(s) ?



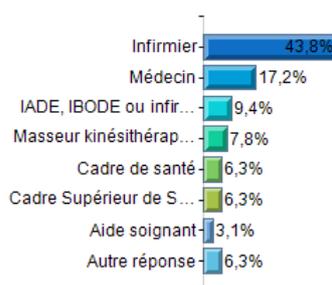
Une très grande majorité des répondants a des enfants : 88,2 % des personnes ayant répondu.

Graphique 10 : Exercice d'une profession médicale ou paramédicale par le conjoint ?



22,9 % des personnes ayant répondu être en couple ont un(e) conjoint(e) qui exerce une profession médicale ou paramédicale.

Graphique 11 : Type de profession médicale ou paramédicale exercée par le conjoint



Parmi ces personnes ayant un(e) conjoint(e) exerçant une profession médicale ou paramédicale, environ les deux tiers (65,8 %) sont en couple avec un(e) infirmier(e) ayant effectué ou non une spécialisation. Puis par ordre décroissant nous trouvons comme réponses : médecins (17,2 %), masseurs kinésithérapeutes (7,8 %) et aides-soignants (3,1 %).

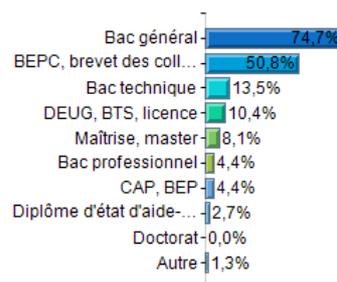
Nous observons très significativement ($p\text{-value} = < 0,01$; $\text{Khi}2 = 37,24$; $\text{ddl} = 1,00$) que 56 % des hommes de l'étude sont en couple avec une personne exerçant une profession médicale ou paramédicale, contre 16 % des femmes de l'étude.

De plus, les personnes interrogées qui sont en couple avec une personne du milieu médical ou paramédical sont sensiblement et significativement ($p\text{-value} = 0,03$; $\text{Fisher} = 3,69$) plus jeunes que l'ensemble du corpus avec une moyenne d'année de naissance de 1970,14 (contre une moyenne de 1968,45 pour l'ensemble du corpus). 33,8 % des moins de 43 ans sont en couple avec une personne du milieu médical ou paramédical ($p\text{-value} = 0,09$; $\text{Khi}2 = 8,15$; $\text{ddl} = 4,00$). De façon moins significative ($p\text{-value} = 0,10$; $\text{Fisher} = 2,06$), les personnes plus âgées ont tendance à être en relation avec un médecin (moyenne = 1967,18) ou un cadre supérieur de santé (moyenne = 1962,75), les plus jeunes avec un infirmier (moyenne = 1972,36), aide-soignant (moyenne = 1972,5) ou cadre de santé (moyenne = 1976,5).

Enfin 42,9 % des formateurs qui ont une mère exerçant une profession (para)médicale ont également, de façon très significative ($p\text{-value} = < 0,01$; $\text{Khi}2 = 6,91$; $\text{ddl} = 1,00$), un conjoint qui exerce le même type de profession.

1.1.1.4. Diplômes scolaires pré-formation infirmière

Graphique 12 : Diplômes obtenus avant de devenir infirmier/infirmière



Au niveau des diplômes scolaires obtenus avant de devenir infirmier ou infirmière, la grande majorité des personnes sont titulaires d'un baccalauréat : 74,7 % parmi les personnes ayant répondu sont titulaires d'un bac général, 13,5 % d'un bac technologique et 4,4 % d'un bac professionnel. 50,8 % sont titulaires du BEPC ou du brevet des collèges et 4,4 % ont un CAP ou un BEP. 10,4 % ont un DEUG, BTS ou une licence et 8,1 % ont un master ou une

maîtrise. 2,7 % ont un diplôme d'état d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture et 1,3 % a un autre diplôme que ceux mentionnés précédemment.

Il apparait significativement (p -value = 0,04 ; Fisher = 2,34) que ce sont les personnes les plus âgées (moyenne de 1959,5) qui sont en possession d'un diplôme d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture et ont probablement bénéficié d'études promotionnelles pour devenir infirmier puis formateur IFSI.

1.1.1.5. Formation initiale infirmière

Tous les formateurs en IFSI ont une identité héritée commune d'infirmier. Mais comme nous l'avons vu précédemment dans la partie contextuelle, cette formation a évolué dans le temps et nous pouvons retrouver des différences à ce niveau dans la cohorte étudiée.

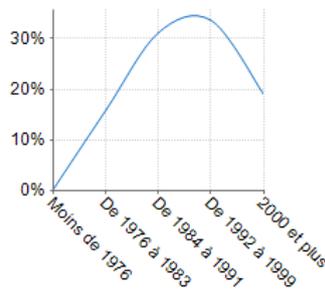
Graphique 13 : Type de diplôme infirmier obtenu



Les personnes interrogées sont très majoritairement (92,7 %) titulaires uniquement d'un diplôme d'état infirmier. 6 % sont titulaires d'un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et 1,3 % possède les deux diplômes.

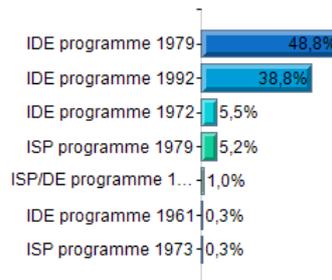
Graphique 14 : Année d'obtention du diplôme infirmier

Moyenne = **1991,91** Médiane = **1992,00** Ecart-type = **7,76**
Min = **1973** Max = **2011**



L'année d'obtention moyenne du diplôme infirmier est 1992 avec un minimum en 1973 et un maximum en 2011.

Graphique 15 : Programmes de formation correspondant au diplôme infirmier



38,8 % des répondants ont été diplômés sous le programme de formation commun de 1992. 48,8 % ont été diplômés sous le programme DE de 1979, 5,5 % sous celui de 1972 et 0,3 % (une personne) sous celui de 1961. Au niveau des ISP, 0,3 % (une personne) a été diplômé sous le programme de formation de 1973 et 5,2 % l'ont été sous celui de 1979. 1 % a été diplômé DE et ISP au moment de l'introduction du programme commun de 1992. Nous notons qu'aucun formateur parmi les personnes interrogées n'a été formé comme infirmier avec le référentiel de formation actuel.

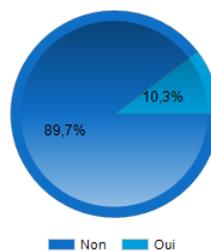
En corrélation avec la différence d'âge entre les femmes et les hommes de cette étude, la moyenne d'âge au moment de l'obtention du diplôme infirmier est très significative : les hommes l'ont obtenu en moyenne en 1996, contre 1991 pour les femmes, pour une moyenne totale de 1992 (p -value = < 0,01 ; Fisher = 17,35). Les hommes sont donc, de façon très significative (p -value = < 0,01 ; χ^2 = 23,06 ; ddl = 6,00), davantage issus du programme de formation DE de 1992 (58,3 % contre 35 % de la population féminine) par rapport aux femmes

qui sont davantage issues du programme de formation DE de 1979 (52,9 % contre 27,1 % de la population masculine).

1.1.1.6. Formation post-formation infirmière

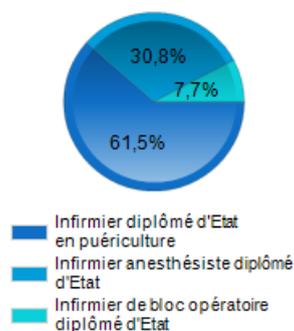
Tout comme le parcours professionnel, les formations continues diplômantes possibles à partir de la formation initiale infirmière peuvent être variées, à travers les différentes spécialisations (infirmière puéricultrice, IADE, IBODE ou cadre de santé) ou des masters dans des disciplines universitaires diverses.

Graphique 16 : Spécialisation infirmière autre que celle de cadre de santé effectuée ?



89,7 % des formateurs interrogés n'ont pas effectué de spécialisation infirmière autre que celle de cadre de santé.

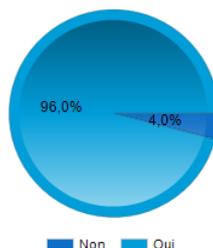
Graphique 17 : Type de spécialisation infirmière autre que celle de cadre de santé effectuée



Parmi les 10,3 % ayant effectué une spécialisation, celle d'infirmière puéricultrice est la plus représentée (61,5 %), suivie d'infirmier anesthésiste (30,8 %) et d'infirmier de bloc

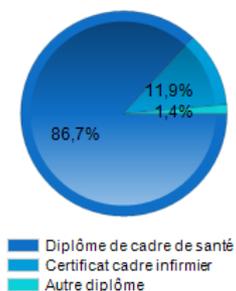
opérateur (7,7 %). Ceci s'explique peut-être en partie par le fait que les IADE et les IBODE sont astreints à des gardes qui sont financièrement très rentables. Une arrivée en IFSI en tant que formateur permanent constitue alors un conséquent manque à gagner à ce niveau.

Graphique 18 : Titulaire d'un diplôme de cadre de santé ?



96 % des formateurs interrogés sont titulaires d'un diplôme cadre de santé, contre 4 % qui ne le sont pas.

Graphique 19 : Types de diplôme de cadre de santé

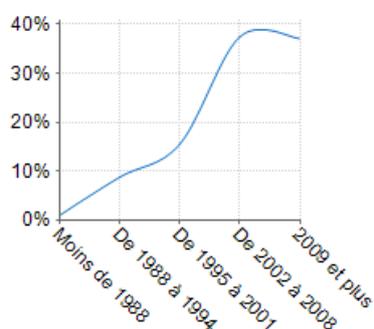


Parmi les personnes titulaires d'un diplôme cadre de santé, 86,7 % sont en possession du diplôme cadre de santé délivré après 1995 et 11,9 % détiennent le CCI. Enfin 1,4 % ont un autre diplôme (un master ou une licence Administration Économique et Sociale) leur permettant d'exercer en tant que formateur.

Graphique 20 : Année d'obtention du diplôme de cadre de santé

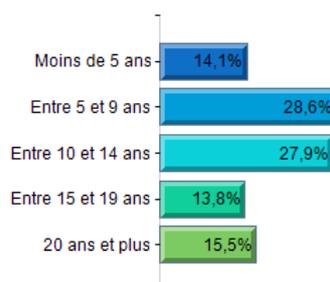
Moyenne = **2005,19** Médiane = **2006,00** Ecart-type = **7,02**

Min = **1984** Max = **2017**



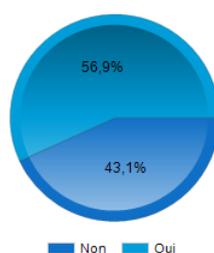
Pour les personnes titulaires d'un diplôme cadre de santé, celui-ci a été obtenu en 2005 en moyenne, avec un minimum en 1984 et un maximum en 2017.

Graphique 21 : Tranches d'année d'obtention du diplôme de cadre de santé



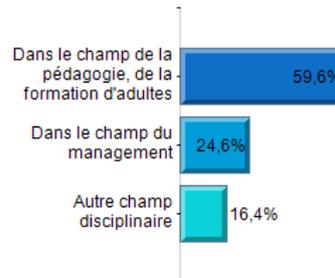
28,6 % des personnes ayant répondu ont obtenu le diplôme cadre de santé dans une période comprise entre cinq et neuf ans, 27,9 % dans une période comprise entre dix et quatorze ans, 15,5 % depuis plus de vingt ans, 14,5 % depuis moins de cinq ans et 13,8 % dans une période comprise entre quinze et vingt ans.

Graphique 22 : Formation en master depuis la formation infirmière ?



56,9 % des personnes ayant répondu sont titulaires d'un master obtenu depuis leur formation infirmière.

Graphique 23 : Champ disciplinaire du master obtenu depuis la formation infirmière



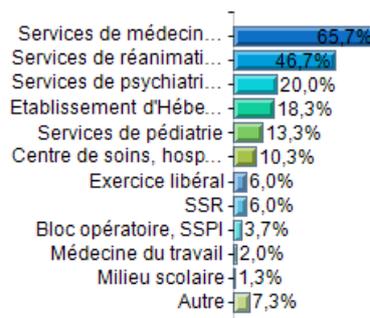
Parmi les formateurs titulaires d'un master, ce dernier se situe pour 59,6 % des répondants dans le champ de la pédagogie, de la formation, pour 24,6 % dans le champ du management et pour 16,4 % dans d'autres champs disciplinaires (sciences infirmières, éthique, philosophie...).

Nous ne retrouvons pas de relation significative (p -value = 0,32 ; Fisher = 0,73) entre l'âge des personnes interrogées et la possession ou non d'un master.

1.1.1.7. Parcours professionnel antérieur

Les lieux d'exercice infirmier peuvent être très variés, néanmoins nous observons une prédominance de certains types de services dans le corpus étudié.

Graphique 24 : Types de services fréquentés lors de l'exercice infirmier

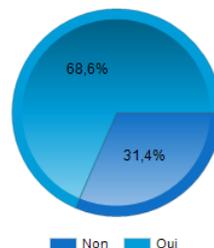


La plupart des personnes interrogées ont exercé comme infirmiers dans des services dits généraux : 65,7 % en service de médecine ou de chirurgie et 46,7 % en service de réanimation ou d'urgences. Viennent ensuite les services de psychiatrie où 20 % des formateurs interrogés ont travaillé comme infirmiers, puis les EHPAD avec 18,3 % des personnes interrogées, les services de pédiatrie avec 13,3 % et les centres de soins ou services d'hospitalisation à domicile avec 10,3 % des résultats. Dans des proportions moins importantes, nous retrouvons l'exercice libéral (6 %), les Soins de Suite et de Réadaptation (6 %), le bloc opératoire et les Salles de Surveillance Post Interventionnelle (3,7 %), les services de médecine du travail (2 %) et l'exercice en milieu scolaire (1,3 %).

Les hommes interrogés ont davantage exercé en milieu psychiatrique, ils représentent 33,3 % de la population ayant exercé en services de psychiatrie. Et les femmes, représentant 94,5 % de la population ayant exercé en EHPAD, ont travaillé davantage dans ce type de structure (p-value = < 0,01 ; Khi2 = 27,71 ; ddl = 11,00).

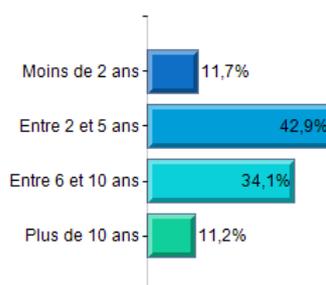
Plus les personnes interrogées sont jeunes, plus la durée de leur exercice infirmier a été courte. La moyenne globale pour les répondants étant de 15,65 ans, elle descend très significativement (p-value = < 0,01 ; Fisher = 18,47) à 10,87 ans pour les moins de 43 ans.

Graphique 25 : Expérience professionnelle d'encadrement d'équipe paramédicale ?



68,6 % des formateurs ayant répondu ont une expérience professionnelle d'encadrement d'équipe paramédicale.

Graphique 26 : Durée de l'expérience professionnelle d'encadrement d'équipe paramédicale



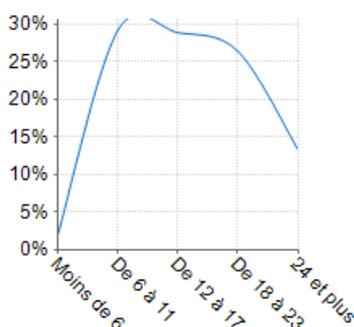
Cette expérience professionnelle d'encadrement a duré entre deux et cinq ans pour 42,9 % des répondants, entre six et dix ans pour 34,1 % des répondants, moins de deux ans pour 11,7 % des répondants et plus de dix ans pour 11,2 % des répondants.

1.1.1.8. Entrée dans la formation

L'entrée en formation est un élément important du parcours professionnel des personnes interrogées, nous allons nous y attarder maintenant.

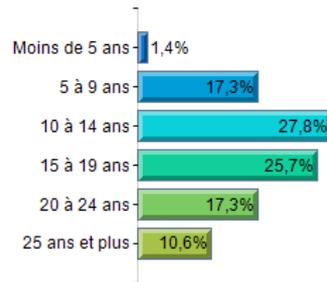
Graphique 27 : Années entre le diplôme infirmier et l'arrivée en IFSI

Moyenne = **15,65** Médiane = **15,00** Ecart-type = **6,38**
Min = **4** Max = **34**



Les personnes interrogées ont commencé à exercer leur fonction de formateur en moyenne environ quinze ans après l'obtention de leur diplôme infirmier, avec un minimum de quatre ans et un maximum de trente-quatre ans.

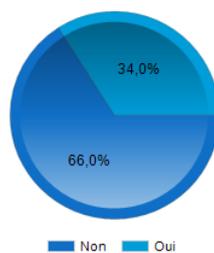
Graphique 28 : Tranches d'années entre le diplôme infirmier et l'arrivée en IFSI



27,8 % des répondants ont exercé comme formateur IFSI dix à quatorze ans après leur diplôme infirmier, 25,7 % entre quinze et dix-neuf ans, 17,3 % entre vingt et vingt-quatre ans, 10,6 % plus de vingt-cinq ans après et 1,4 % moins de cinq ans après.

Les hommes de l'étude, plus jeunes en moyenne que les femmes, ont débuté très significativement leur activité de formateur IFSI plus tôt : en 2010 en moyenne contre 2007 en moyenne pour les femmes (p -value = < 0,01 ; Fisher = 11,67). Les hommes ont donc davantage exercé uniquement sous la prescription du référentiel de formation de 2009 : ils représentent 29,5 % des personnes dans cette situation. *A contrario* les femmes sont plus nombreuses à avoir exercé sous les programmes de formation de 1992 et 2009 : elles représentent 87,9 % des personnes dans cette situation (p -value = < 0,01 ; $\text{Khi}^2 = 16,56$; $\text{ddl} = 2,00$).

Graphique 29 : Statut de faisant-fonction lors de l'arrivée en IFSI ?



66 % des formateurs interrogés ont pris leur fonction de formateur avec un diplôme de cadre de santé, contre 34 % qui ont porté le statut d'infirmier faisant-fonction de cadre de santé lors de leur arrivée en IFSI. Cette arrivée en tant que faisant-fonction a tendance à s'accroître récemment : en effet, nous relevons une relation très significative (p -value = < 0,01 ; Fisher = 10,45) entre l'âge et le fait d'avoir été ou non faisant-fonction : la moyenne des années de naissance des personnes ayant été faisant-fonction est de 1971,14 contre 1967,23 pour

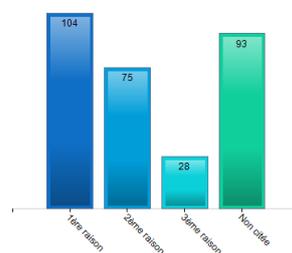
celles qui ne l'ont jamais été. Les formateurs de moins de 43 ans représentant, de façon significative (p -value = 0,01 ; $\text{Khi}^2 = 14,80$; $\text{ddl} = 5,00$), 36,7 % des personnes ayant eu ce statut lors de leur entrée en tant que formateur en IFSI.

Nous notons également une très forte relation (p -value = < 0,01 ; $\text{Khi}^2 = 108,57$; $\text{ddl} = 1,00$) entre le fait d'avoir eu une expérience d'encadrement d'équipe paramédicale et le fait d'être arrivé en possession d'un diplôme de cadre de santé en IFSI : 89,1 % des personnes ayant eu cette expérience antérieure d'encadrement avaient obtenu un diplôme de cadre de santé avant leur arrivée en IFSI. Très significativement (p -value = < 0,01 ; Fisher = 15,99), les personnes les plus âgées interrogées (âge moyen des personnes ayant été cadres de proximité = 1967,31) ont davantage cette expérience managériale que les plus jeunes (âge moyen des personnes ne l'ayant pas été = 1971,03). De façon également très significative (p -value = < 0,01 ; Fisher = 7,85), cette expérience est d'autant plus longue que la personne est âgée : moins de deux ans pour les répondants ayant une année de naissance moyenne de 1968,73 ; entre deux et cinq ans pour ceux ayant une année de naissance moyenne de 1968,9 ; entre six et dix ans pour ceux ayant une année de naissance moyenne de 1966,25 et plus de dix ans pour ceux ayant une année de naissance moyenne de 1962,83.

Nous avons également demandé aux répondants d'ordonner de 1 à 3 (de la plus importante à la moins importante) les raisons principales qui les ont incités à devenir formateur/formatrice parmi plusieurs propositions.

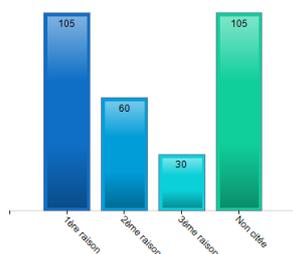
Graphique 30 : Raison principale de devenir formateur IFSI - envie de porter les valeurs infirmières

Moyenne = **2,37** Médiane = **2,00** Ecart-type = **1,25**



Graphique 31 : Raison principale de devenir formateur IFSI - envie de transmettre votre pratique infirmière

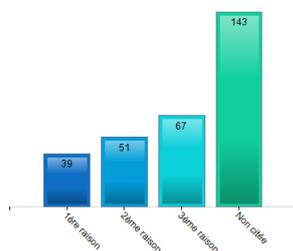
Moyenne = **2,45** Médiane = **2,00** Ecart-type = **1,29**



Parmi les raisons principales qui ont incité les répondants à devenir formateur ou formatrice, deux raisons fortement liées à l'identité infirmière se détachent très largement avec une médiane de deux : l'envie de porter les valeurs infirmières (citée cent-quatre fois en 1^{ère} raison) et l'envie de transmettre sa pratique infirmière (citée cent-cinq fois en 1^{ère} raison).

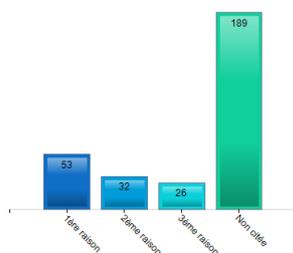
Graphique 32 : Raison principale de devenir formateur IFSI – volonté d'évolution professionnelle

Moyenne = **3,05** Médiane = **3,00** Ecart-type = **1,08**



Graphique 33 : Raison principale de devenir formateur IFSI – envie d'entrer dans l'enseignement

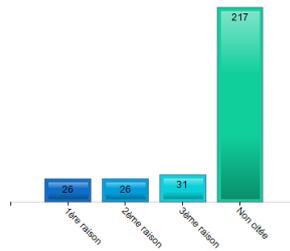
Moyenne = **3,17** Médiane = **4,00** Ecart-type = **1,19**



Puis viennent ensuite deux autres raisons qui s'inscrivent plutôt en rupture avec l'identité infirmière : la volonté d'évolution professionnelle (citée trente-neuf fois en 1^{ère} raison) et l'envie d'entrer dans l'enseignement (citée cinquante-trois fois en 1^{ère} raison).

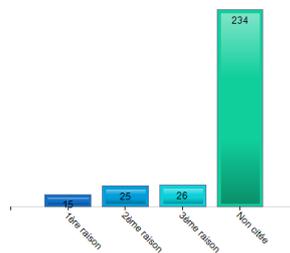
Graphique 34 : Raison principale de devenir formateur IFSI – envie d'accroître vos connaissances personnelles

Moyenne = **3,46** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,97**



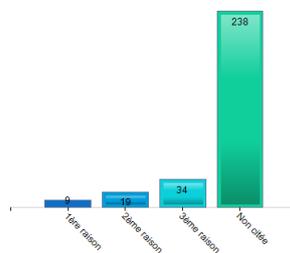
Graphique 35 : Raison principale de devenir formateur IFSI – accès à l'université, à la recherche

Moyenne = **3,60** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,84**



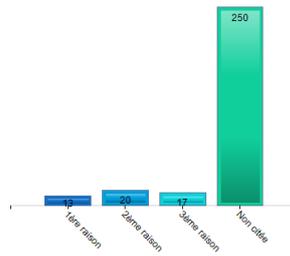
Graphique 36 : Raison principale de devenir formateur IFSI – influence du milieu professionnel

Moyenne = **3,67** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,73**



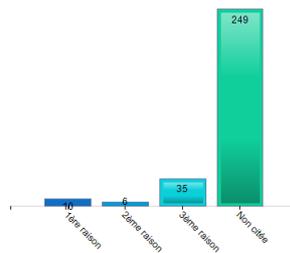
Graphique 37 : Raison principale de devenir formateur IFSI – envie de changer de public

Moyenne = **3,68** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,78**



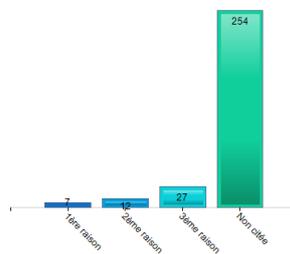
Graphique 38 : Raison principale de devenir formateur IFSI – par lassitude de la fonction d’encadrement d’équipe paramédicale

Moyenne = **3,74** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,66**



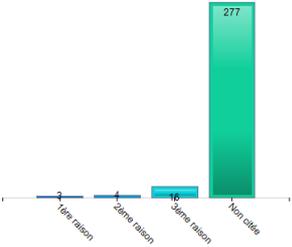
Graphique 39 : Raison principale de devenir formateur IFSI – conditions d’exercice de cette activité professionnelle

Moyenne = **3,76** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,64**



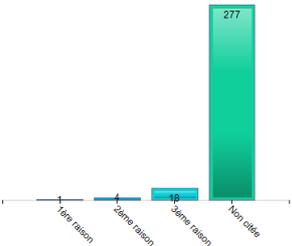
Graphique 40 : Raison principale de devenir formateur IFSI – par lassitude de la profession infirmière

Moyenne = **3,89** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,43**



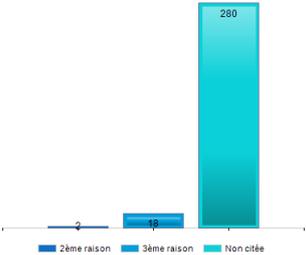
Graphique 41 : Raison principale de devenir formateur IFSI – influence du milieu familial

Moyenne = **3,90** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,37**



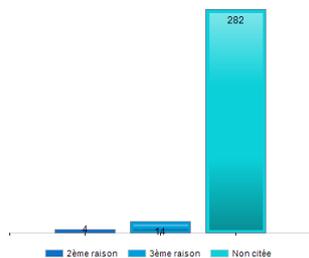
Graphique 42 : Raison principale de devenir formateur IFSI – amélioration revenu salarial

Moyenne = **3,93** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,29**



Graphique 43 : Raison principale de devenir formateur IFSI – influence de l’entourage amical

Moyenne = **3,93** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,31**

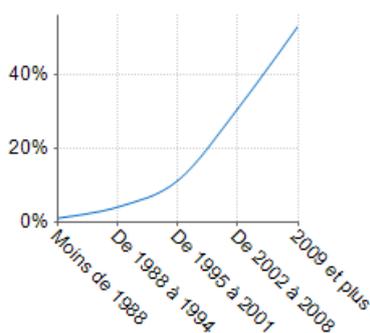


Les autres raisons proposées présentent une médiane de quatre et ont été peu choisies par les répondants.

Graphique 44 : Année du début d’exercice de l’activité de formateur/formatrice en IFSI

Moyenne = **2007,61** Médiane = **2009,00** Ecart-type = **6,66**

Min = **1983** Max = **2017**



En moyenne les formateurs en IFSI interrogés ont commencé à exercer en 2007 (avec un minimum en 1983 et un maximum en 2017). Ils ont donc environ une dizaine d’années d’ancienneté en moyenne dans cette fonction de formation.

1.1.2. Les identités investies dans le présent des formateurs IFSI

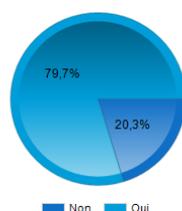
L’identité professionnelle investie dans le présent « se conçoit comme la perception que se font les formateurs de leur rôle professionnel actuel au regard de leur trajectoire biographique » (Gravé, 2002, pp. 73-74). Nous évoquerons dans cette partie la place de

l'identité héritée infirmière dans l'identité investie dans le présent, puis nous présenterons le contexte actuel de l'exercice professionnel des formateurs IFSI questionnés.

1.1.2.1. Place de l'identité héritée infirmière dans l'identité investie dans le présent

Le dénominateur commun du point de vue de l'identité héritée est ce passé d'infirmier/infirmière. Mais qu'en est-il actuellement ? Les personnes interrogées se sentent-elles encore infirmier/infirmière ? Se présentent-elles, se définissent-elles encore ainsi ?

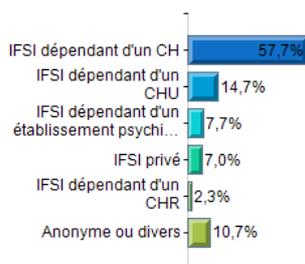
Graphique 45 : Définition ou présentation actuelle comme infirmier/infirmière ?



À cette dernière question, 79,7 % des formateurs interrogés ont répondu oui. Dans une très forte proportion, nous remarquons, comme nous le supposions, que l'identité héritée infirmière est fortement présente chez les formateurs IFSI et qu'ils s'inscrivent donc en grande partie dans une certaine continuité vis-à-vis de celle-ci.

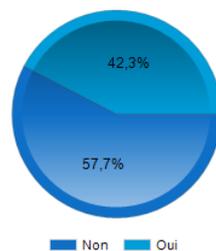
1.1.2.2. Contexte actuel de l'exercice professionnel

Graphique 46 : Lieux d'exercice actuel



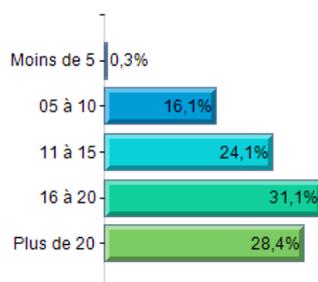
À propos des IFSI d'exercice actuel, plus de la moitié des personnes interrogées (57,7 %) exercent dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier, 14,7 % travaillent dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier universitaire, 7,7 % dans un IFSI dépendant d'un établissement psychiatrique public, 7 % dans un IFSI privé et 2,3 % exercent dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier régional. Par souci d'anonymat sans doute, un grand nombre de répondants (10,7 %) n'a pas renseigné cet item ou alors de façon très vague (en indiquant par exemple simplement la région d'exercice).

Graphique 47 : Correspondance entre le lieu d'exercice actuel et le lieu de formation ?



Nous observons également le peu de mobilité de cette population des formateurs IFSI. En effet, 42,3 % des personnes ayant répondu exercent actuellement comme formateur dans l'IFSI où elles ont effectué leur formation infirmière. Il apparaît une relation significative (p -value = 0,02 ; Fisher = 4,14) entre l'année de naissance et le fait d'exercer actuellement dans l'IFSI où les personnes ont été formées : la moyenne de l'année de naissance des personnes exerçant dans ce cas est de 1969,96 contre 1967,65 pour les personnes pour lesquelles ce n'est pas le cas. Les plus jeunes formateurs IFSI de l'étude ont donc davantage tendance à exercer actuellement dans l'IFSI dans lequel ils ont été initialement formés.

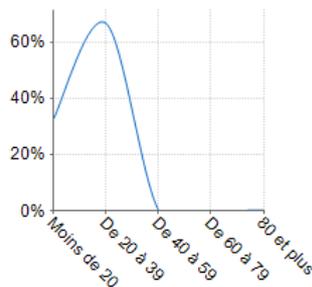
Graphique 48 : Nombre de collègues formateurs



Nous relevons que 31,1 % des personnes ayant répondu ont entre seize et vingt collègues formateurs dans leur IFSI, 28,4 % ont plus de vingt collègues formateurs, 24,1 % ont entre onze et quinze collègues, 16,1 % entre cinq et dix et 0,3 % moins de cinq.

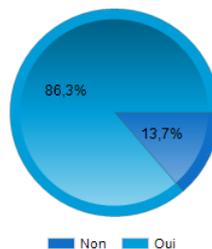
Graphique 49 : Nombre d'étudiants en référence

Moyenne = **20,78** Médiane = **20,00** Ecart-type = **8,15**
Min = **0** Max = **117**



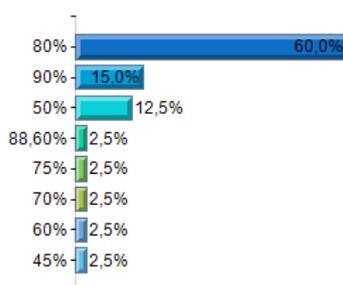
Les formateurs ayant répondu sont référents d'environ vingt-et-un étudiants en moyenne, avec de fortes disparités constatées.

Graphique 50 : Exercice professionnel à temps plein ?



86,3% des personnes interrogées exercent leur activité de formateur/formatrice à temps plein.

Graphique 51 : Quotité d'exercice professionnel à temps partiel

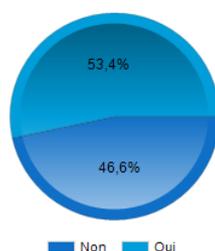


Parmi les personnes exerçant leur activité professionnelle à temps partiel, les deux tiers environ (60 %) l'exercent à 80 %. Très significativement (p -value = $< 0,01$; $\text{Khi}^2 = 27,63$; $\text{ddl} = 7,00$), les personnes en couple avec un médecin ou un masseur-kinésithérapeute exercent plus souvent à temps partiel : elles représentent respectivement 54,5 % et 27,3 % des formateurs en couple avec une personne exerçant une profession (para)médicale qui exercent leur activité à temps partiel. Un seul homme dans cette étude n'exerce pas son activité professionnelle à temps plein.

1.1.3. Les identités visées des formateurs IFSI

Nous allons maintenant nous intéresser aux identités visées (Dubar, 2010) par les formateurs IFSI en interrogeant leurs perspectives d'évolution professionnelle.

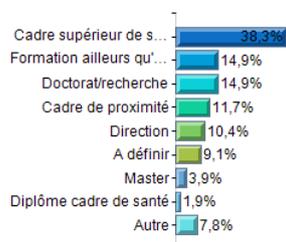
Graphique 52 : Perspectives d'évolution professionnelle ?



53,4 % des personnes ayant répondu ont des perspectives d'évolution professionnelle. Certaines vont s'inscrire dans la continuité de leur fonction actuelle, d'autres davantage dans la rupture. Logiquement ce sont les formateurs les plus jeunes qui ont très significativement

(p-value = < 0,01 ; Fisher = 18,56) le plus de perspectives d'évolution professionnelle (année de naissance moyenne = 1970,86 contre 1965,8 pour ceux qui n'en ont pas).

Graphique 53 : Perspectives d'évolution professionnelle envisagées



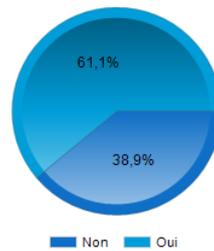
Parmi les formateurs ayant des perspectives d'évolution professionnelle, 38,3 % ambitionnent de devenir cadre supérieur de santé sans plus de précision. Le diplôme de cadre de santé étant commun au cadre de proximité et au cadre formateur, la personne peut envisager un poste de cadre supérieur de santé dans le management ou dans la pédagogie. Dans les deux cas, la personne pourra conserver son identité héritée infirmière si elle l'a conservée jusque-là dans son identité actuelle de formateur/formatrice. Le raisonnement est le même pour les 11,7 % des personnes interrogées qui pensent à un retour ou à une entrée dans le management hospitalier de proximité.

Dans le cas des personnes (10,4 %) qui envisagent une évolution vers un poste de Direction, la rupture avec la profession infirmière semble s'accroître. Mais cela reste sans doute discutable, comme pour les 14,9 % qui envisagent de se diriger vers la recherche par le biais d'un doctorat par exemple. À première vue, cela semble les éloigner de leur identité héritée infirmière, mais la création d'une discipline universitaire dédiée met cet *a priori* en questionnement. Ce sont les personnes les plus jeunes qui ont envie de s'orienter très significativement (p-value = < 0,01 ; Fisher = 7,11) vers la recherche par le biais d'un doctorat.

Pour les 14,9 % qui souhaitent poursuivre leur fonction de formateur, mais dans un contexte différent d'un IFSI, nous pourrions parler de rupture avec l'identité héritée infirmière dans le cas où le lieu d'exercice envisagé ne soit plus en lien avec la profession infirmière (ce qui exclut les écoles ou les instituts de spécialisations infirmières)

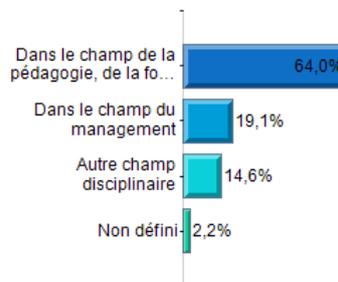
Enfin, 9,1 % des formateurs déclarant avoir des perspectives d'évolution professionnelle n'ont pas encore défini précisément leur projet.

Graphique 54 : Inscription dans un master envisagée ?



Parmi les 43,1 % de formateurs IFSI interrogés non titulaires d'un master (cf. graphique n° 23), environ les deux tiers (61,1 %) envisagent de suivre une formation en master.

Graphique 55 : Champ disciplinaire du master envisagé



Cette formation en master se déroulerait majoritairement (64 %) dans le champ de la pédagogie, de la formation, puis dans le champ du management (19,1 %) ou dans un autre champ disciplinaire à 14,6 % (sciences infirmières, éthique, philosophie...). Logiquement, les formateurs les plus jeunes (moyenne d'année de naissance = 1972,18 versus 1961,47) envisagent davantage de s'y inscrire avec une très grande significativité (p -value = < 0,01 ; Fisher = 35,95).

Il n'apparaît pas de différence entre les hommes et les femmes sur l'existence de leurs perspectives d'évolution professionnelle (p -value = 0,25 ; $\text{Khi}^2 = 1,30$; ddl = 1,00). En revanche, quand des perspectives d'évolution sont présentes, les hommes s'orientent significativement (p -value = 0,04 ; $\text{Khi}^2 = 16,47$; ddl = 8,00) davantage vers des projets de formation ailleurs qu'en IFSI ou vers des postes de Direction. Les hommes de l'étude représentent 39,1 % des personnes envisageant de devenir formateur ailleurs qu'en IFSI et 43,8 % des répondants qui se projettent dans des fonctions de direction.

Au final cette donnée reste peu exploitable en l'état. Environ la moitié des formateurs IFSI interrogés a des perspectives d'évolution professionnelle, mais un questionnaire ne nous permet pas d'accéder aux logiques internes des individus. Cette limite ne permet pas de percevoir avec précision si cette évolution se traduira par une rupture ou par une continuité avec leur identité héritée d'infirmier.

1.1.4. Synthèse

Le processus biographique relie l'analyse de la trajectoire antérieure et les perspectives de l'avenir par une transaction interne, subjective entre les identités héritées et les identités visées (Dubar, 2010).

Le profil type de ce corpus de formateurs est très majoritairement féminin (82,9 % de la population étudiée), avec un âge moyen de 49 ans, vivant en couple (80,8 % des répondants) avec un ou des enfants (88,2 % des répondants), titulaire d'un baccalauréat le plus souvent général (74,7 % des répondants), ayant exercé comme infirmier environ quinze ans principalement en services de médecine ou de chirurgie (65,7 % des répondants), de réanimation ou d'urgence (46,7 % des répondants). Les formateurs interrogés sont majoritairement cadres de santé (96 % des répondants) et formateurs à temps plein (86,3 % des répondants) depuis une dizaine d'années. Pour les deux tiers d'entre eux (68,6 %), il existe une expérience antérieure d'encadrement d'équipe paramédicale et un peu plus de la moitié (56,9 %) est titulaire d'un master. Un tiers d'entre eux (34 %) a pris ses fonctions de formateur avec un statut de faisant-fonction. Il est à noter le peu de mobilité de cette population : près de la moitié des répondants (42,3 %) exerce actuellement dans le lieu de leur formation infirmière initiale.

Le dénominateur commun du point de vue de l'identité héritée (Dubar, 2010) est ce passé d'infirmier/infirmière : tous les formateurs interrogés ont obtenu un diplôme infirmier. Mais qu'en est-il actuellement au niveau de l'identité investie dans le présent (Gravé, 2002) ? Les personnes interrogées se sentent-elles encore infirmier/infirmière ? Se présentent-elles, se définissent-elles encore ainsi ? Dans une très forte proportion (79,7 %), nous remarquons que cela est effectivement le cas, que l'identité héritée infirmière est fortement présente chez les formateurs IFSI et qu'ils semblent donc s'inscrire en grande partie dans une certaine continuité vis-à-vis de celle-ci au niveau de leur identité investie dans le présent.

Au niveau des perspectives d'évolution professionnelle, révélatrices des identités visées (Dubar, 2010) par les formateurs IFSI, il apparaît que la fonction de formateur IFSI n'est pas l'aboutissement systématique d'une carrière professionnelle. En effet un peu plus de la moitié des formateurs interrogés (53,4 %) a des perspectives d'évolution professionnelle qui peuvent être diverses : cadre supérieur de santé, cadre de proximité manager, poste de Direction, formateur/formatrice hors IFSI, recherche... Chaque évolution envisagée peut être perçue par l'intéressé dans une dynamique de continuité ou de rupture avec ses identités héritées, ce qui conduit au fait que cette donnée reste peu exploitable en l'état. Si nous relevons qu'environ la moitié des formateurs IFSI interrogés a des perspectives d'évolution professionnelle, un questionnaire ne nous permet pas d'accéder aux logiques internes des individus. Cette limite empêche de percevoir avec précision le projet de Soi pour soi (Kaddouri, 2002) des formateurs interrogés, et ainsi de saisir avec précision si cette évolution se traduira par une rupture ou une continuité dans leur processus biographique.

1.2. Le processus relationnel : une reconnaissance incertaine

Le processus relationnel, synchronique et objectif, se caractérise par une transaction objective entre les identités attribuées par et dans les institutions et les identités assumées par les acteurs, qui peut aboutir à une reconnaissance ou à une non-reconnaissance sociale (Dubar, 2010).

1.2.1. Les identités assumées des formateurs IFSI

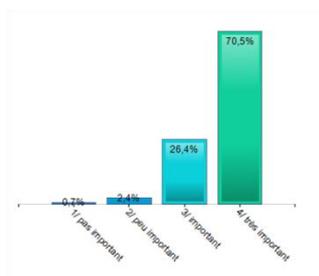
Les identités assumées (ou incorporées) correspondent aux rôles professionnels intériorisés en contexte (Gravé, 2002). Les indicateurs de celles-ci, montrant le positionnement dans un espace professionnel, sont les motivations professionnelles, les domaines d'intervention revendiqués, les compétences nécessaires perçues, l'appartenance à un groupe professionnel et les indicateurs auto-attribués d'un travail de qualité.

1.2.1.1. Les motivations professionnelles

Pour cet item, les personnes interrogées répondaient à plusieurs propositions par le biais d'une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout important) à 4 (très important).

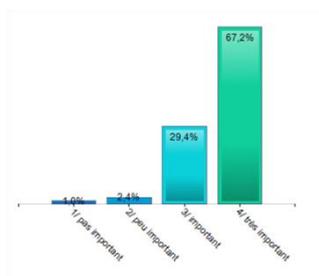
Graphique 56 : Motivations professionnelles – porter les valeurs infirmières

Moyenne = **3,67** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,56**



Graphique 57 : Motivations professionnelles – vous enrichir intellectuellement

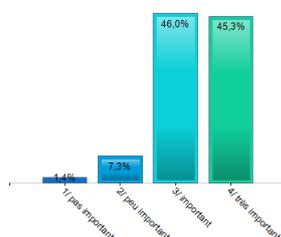
Moyenne = **3,63** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,59**



Parmi les motivations actuelles par rapport à la profession de formateur IFSI, deux sont très largement mises en avant par les répondants de façon consensuelle avec une médiane de quatre (c'est-à-dire que plus de la moitié des interrogés ont répondu « très important » aux items suivants) : « porter les valeurs infirmières » et « s'enrichir intellectuellement ».

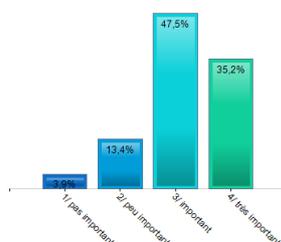
Graphique 58 : Motivations professionnelles – transmettre vos savoirs, savoir-être, savoir-faire infirmier

Moyenne = **3,35** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,68**



Graphique 59 : Motivations professionnelles – poursuivre votre évolution professionnelle

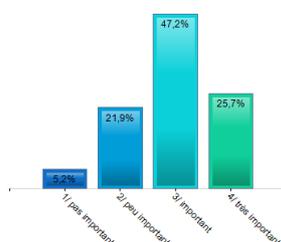
Moyenne = **3,14** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,79**



Puis avec une médiane de trois et une moyenne supérieure à trois (les interrogés ont répondu majoritairement « important » ou « très important »), nous trouvons les motivations suivantes : « transmettre vos savoirs, savoir-être, savoir-faire infirmier » et « poursuivre votre évolution professionnelle ».

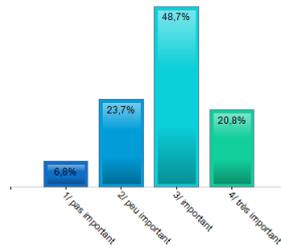
Graphique 60 : Motivations professionnelles – avoir accès à l'université, à une activité de recherche

Moyenne = **2,93** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,83**



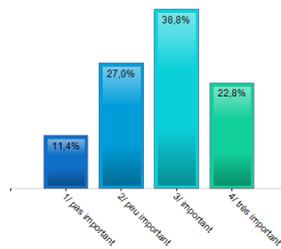
Graphique 61 : Motivations professionnelles – avoir des activités plus variées qu’auparavant

Moyenne = **2,84** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,83**



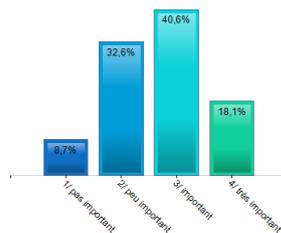
Graphique 62 : Motivations professionnelles – travailler avec un autre public que des personnes malades

Moyenne = **2,73** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,94**



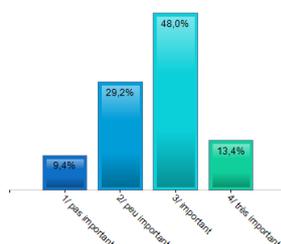
Graphique 63 : Motivations professionnelles – avoir plus de liberté dans votre travail qu’auparavant

Moyenne = **2,68** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,87**



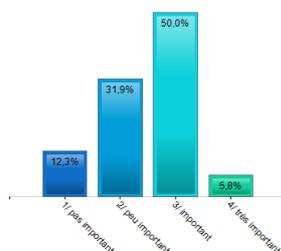
Graphique 64 : Motivations professionnelles – avoir des conditions d'exercice de cette activité professionnelle qui vous conviennent

Moyenne = **2,65** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,83**



Graphique 65 : Motivations professionnelles – gagner votre vie

Moyenne = **2,49** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,78**



Les autres réponses proposées sont beaucoup moins consensuelles avec des médianes à trois, mais des moyennes inférieures à trois : « avoir accès à l'université, à une activité de recherche », « avoir des activités plus variées qu'auparavant », « travailler avec un autre public que des personnes malades (public jeune et en bonne santé) », « avoir plus de liberté dans votre travail qu'auparavant », « avoir des conditions d'exercice de cette activité professionnelle qui vous conviennent (rythme de travail, etc.) » et « gagner votre vie ».

Plus les personnes interrogées sont jeunes, plus il leur paraît important de façon très significative d'avoir davantage de liberté dans leur travail qu'auparavant (corrélation = 0,16 ; t = 2,64), d'avoir des conditions d'exercice de cette activité professionnelle qui leur conviennent (corrélation = 0,15 ; t = 2,52) et de poursuivre leur évolution professionnelle (corrélation = 0,14 ; t = 2,40).

Nous remarquons peu d'évolution entre les raisons principales d'entrer dans cette profession de formateur et les motivations actuelles. La transmission des savoirs est sensiblement moins mise en avant alors que l'envie d'entrer dans l'enseignement est

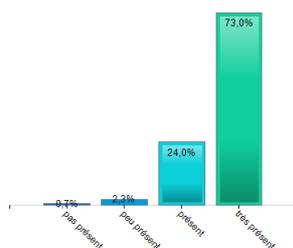
remplacée par le fait de s'enrichir intellectuellement. L'envie de porter les valeurs infirmières et la volonté d'évoluer professionnellement restent bien présentes.

1.2.1.2. Les domaines d'intervention revendiqués

Les domaines d'intervention proposés sont déclarés, en fonction des médianes calculées, par les formateurs interrogés en trois niveaux de présence dans leur pratique : très présents, présents et peu présents.

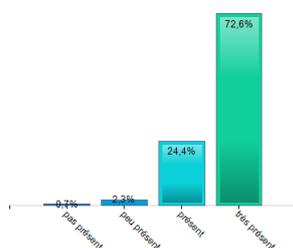
Graphique 66 : Domaines d'intervention – animation de séquences d'enseignement et de formation

Moyenne = **3,69** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,55**



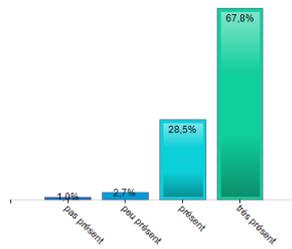
Graphique 67 : Domaines d'intervention – préparation, organisation et la mise en œuvre des évaluations

Moyenne = **3,69** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,55**



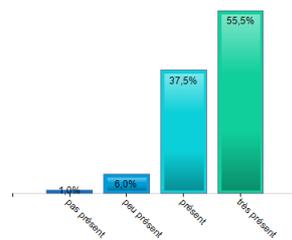
Graphique 68 : Domaines d'intervention – accompagnement des étudiants dont ils sont référents dans leur projet de formation

Moyenne = **3,63** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,59**



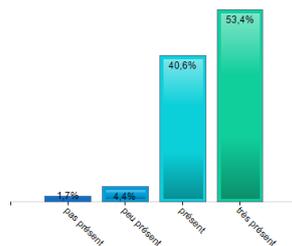
Graphique 69 : Domaines d'intervention – analyse des activités, des situations, des pratiques en soins en groupe ou individuellement

Moyenne = **3,47** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,66**



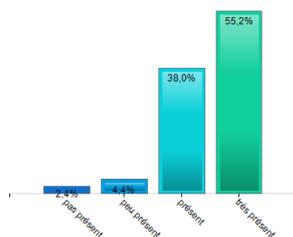
Graphique 70 : Domaines d'intervention – guidances d'étudiants dans leurs travaux de recherche

Moyenne = **3,46** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,66**



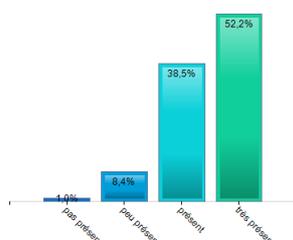
Graphique 71 : Domaines d'intervention – ingénierie du dispositif de formation initiale

Moyenne = **3,46** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,69**



Graphique 72 : Domaines d'intervention – recherche des intervenants et la mise en place des conditions d'intervention

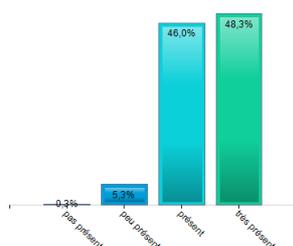
Moyenne = **3,42** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,69**



Les domaines très présents avec une médiane de quatre sont par ordre décroissant des moyennes des réponses : l' « animation de séquences d'enseignement et de formation », la « préparation, l'organisation et la mise en œuvre des évaluations », l' « accompagnement des étudiants dont ils sont référents dans leur projet de formation », l' « analyse des activités, des situations, des pratiques en soins en groupe ou individuellement », les « guidances d'étudiants dans leurs travaux de recherche », l' « ingénierie du dispositif de formation initiale » et la « recherche des intervenants et la mise en place des conditions d'intervention ».

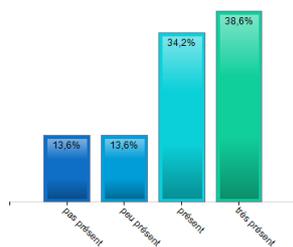
Graphique 73 : Domaines d'intervention – suivis d'étudiants en stage

Moyenne = **3,42** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,61**



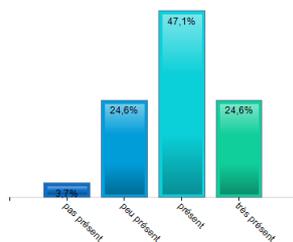
Graphique 74 : Domaines d'intervention – responsabilité pédagogique, la coordination de promotion

Moyenne = **2,98** Médiane = **3,00** Ecart-type = **1,03**



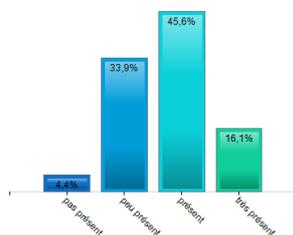
Graphique 75 : Domaines d'intervention – contribution à des projets et à des groupes de travail institutionnels

Moyenne = **2,93** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,80**



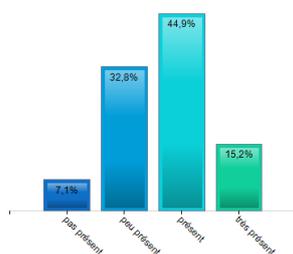
Graphique 76 : Domaines d'intervention – travail en lien avec les terrains de stage

Moyenne = **2,73** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,78**



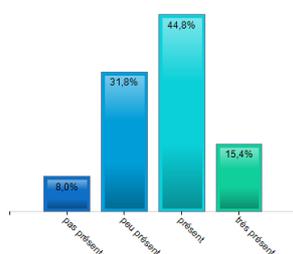
Graphique 77 : Domaines d'intervention – veille documentaire, réglementaire, institutionnelle

Moyenne = **2,68** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,82**



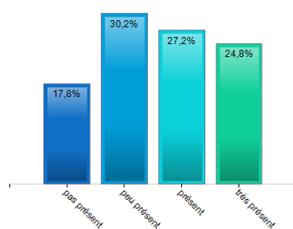
Graphique 78 : Domaines d'intervention – contrôle de la qualité des prestations de formation

Moyenne = **2,68** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,83**



Graphique 79 : Domaines d'intervention – recherche, planification et organisation des stages

Moyenne = **2,59** Médiane = **3,00** Ecart-type = **1,05**

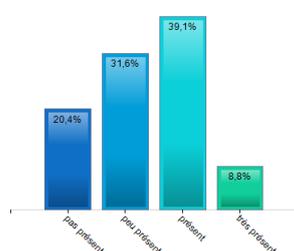


Puis viennent les domaines qualifiés par les formateurs IFSI de présents dans leur pratique avec une médiane de trois, par ordre décroissant des moyennes des réponses : les « suivis d'étudiants en stage », la « responsabilité pédagogique, la coordination de promotion », la « contribution à des projets et à des groupes de travail institutionnels », le « travail en lien avec les terrains de stage », la « veille documentaire, réglementaire, institutionnelle », le « contrôle de la qualité des prestations de formation » et la « recherche,

planification et organisation des stages ». L'augmentation de l'écart-type notamment pour la « responsabilité pédagogique, la coordination de promotion » et la « recherche, planification et organisation des stages » indiquent une forte hétérogénéité des réponses : quand ces domaines sont présents chez certains formateurs, ils occupent une forte place dans leur activité professionnelle. Mais ils peuvent également être peu, voire pas présents, chez d'autres.

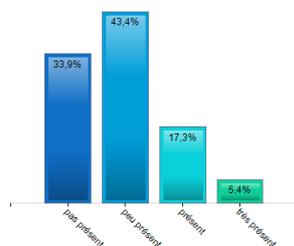
Graphique 80 : Domaines d'intervention – ingénierie du dispositif de formation continue

Moyenne = **2,36** Médiane = **2,00** Ecart-type = **0,91**



Graphique 81 : Domaines d'intervention – réalisation d'études et de recherches

Moyenne = **1,94** Médiane = **2,00** Ecart-type = **0,85**



Enfin les deux domaines qualifiés par les formateurs IFSI de peu présents dans leur pratique avec une médiane de deux, par ordre décroissant des moyennes des réponses : l' « ingénierie du dispositif de formation continue » et la « réalisation d'études et de recherches ».

Les domaines d'intervention suivants sont très significativement déclarés plus présents dans leur activité de formatrices par les femmes que par les hommes : l'animation de séquences d'enseignement et de formation (moyenne de 3,74 pour les femmes versus

moyenne de 3,47 pour les hommes ; p-value = < 0,01 ; Fisher = 10,73), l'analyse des activités, des situations, des pratiques en soins en groupe ou individuellement (moyenne de 3,53 pour les femmes versus moyenne de 3,2 pour les hommes ; p-value = < 0,01 ; Fisher = 11,31), l'accompagnement des étudiants dans leur projet de formation (moyenne de 3,67 pour les femmes versus moyenne de 3,45 pour les hommes ; p-value = < 0,01 ; Fisher = 5,72) et le travail en lien avec les terrains de stage (moyenne de 2,8 pour les femmes versus moyenne de 2,43 pour les hommes ; p-value = < 0,01 ; Fisher = 9,79).

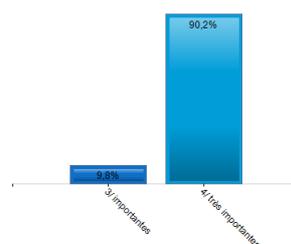
Pour les formateurs les plus âgés les deux domaines d'intervention suivants sont très significativement déclarés plus présents dans leur pratique que par les plus jeunes : les responsabilités pédagogiques (corrélation = -0,17 ; t = 2,97), qui vont sans doute être confiées aux plus expérimentés, et le travail en lien avec les terrains de stage (corrélation = -0,15 ; t = 2,60). De façon significative, nous retrouvons la même relation entre l'âge et la présence pour les domaines d'intervention suivants : les guidances d'étudiants dans leurs travaux de recherche (corrélation = -0,12 ; t = 2,12), l'ingénierie du dispositif de formation initiale (corrélation = -0,10 ; t = 1,79) et le contrôle de la qualité des prestations de formation (corrélation = -0,10 ; t = 1,79). À l'inverse, plus les formateurs sont jeunes, plus ils perçoivent significativement la recherche des intervenants et la mise en place des conditions d'intervention comme présentes dans leur activité (corrélation = 0,12 ; t = 2,04).

1.2.1.3. Les compétences perçues pour exercer

Nous relevons que toutes les compétences proposées ont été jugées au minimum importantes par les formateurs IFSI interrogés pour leur exercice professionnel.

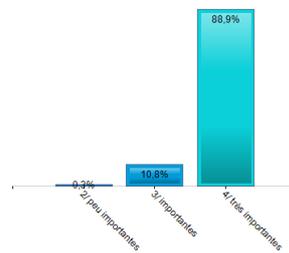
Graphique 82 : Compétences perçues pour exercer – compétences communicationnelles

Moyenne = **3,90** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,30**



Graphique 83 : Compétences perçues pour exercer – compétences d’accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation

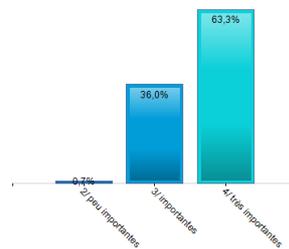
Moyenne = **3,89** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,33**



Les compétences communicationnelles et les compétences d’accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation ressortent très nettement par leurs médianes de quatre, leurs moyennes élevées et leurs faibles écarts-types.

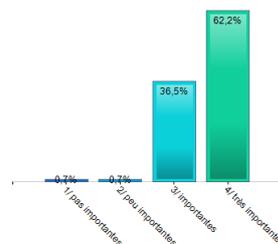
Graphique 84 : Compétences perçues pour exercer – compétences managériales

Moyenne = **3,63** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,50**



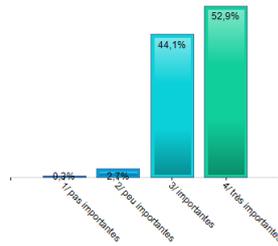
Graphique 85 : Compétences perçues pour exercer – compétences d’enseignement

Moyenne = **3,60** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,54**



Graphique 86 : Compétences perçues pour exercer – compétences d'ingénierie de formation

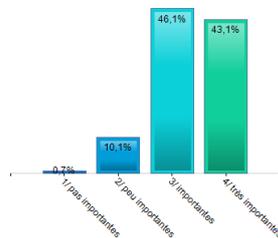
Moyenne = **3,49** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,57**



Puis nous relevons ensuite, toujours avec une médiane de quatre, mais avec des moyennes plus faibles et des écarts-types plus grands que précédemment, les compétences managériales (anticipation, organisation, coordination, planification...), les compétences d'enseignement et les compétences d'ingénierie de formation (par ordre décroissant des moyennes des réponses).

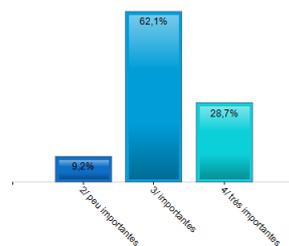
Graphique 87 : Compétences perçues pour exercer – compétences infirmières

Moyenne = **3,32** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,68**



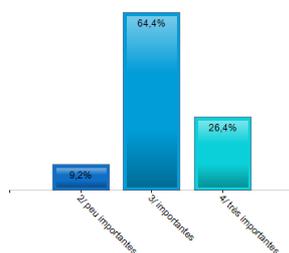
Graphique 88 : Compétences perçues pour exercer – compétences dans le domaine de la recherche

Moyenne = **3,19** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,58**



Graphique 89 : Compétences perçues pour exercer – compétences dans la participation à la démarche qualité de la formation

Moyenne = **3,17** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,57**



Puis nous trouvons trois compétences qualifiées principalement d'importantes par les formateurs IFSI par rapport à leur pratique (résultats avec une médiane de trois, classés par ordre décroissant des moyennes des réponses) : les compétences infirmières, les compétences dans le domaine de la recherche et les compétences dans la participation à la démarche qualité de la formation.

En ce qui concerne les compétences infirmières, le rapport entre la moyenne et l'écart-type montre des réponses plus nuancées que pour les deux autres compétences : en effet, 46,1 % des répondants ont qualifié les compétences infirmières d'importantes pour un formateur IFSI, quand 43,1 % les ont qualifiées de très importantes. Il est intéressant de relever que malgré l'absence des compétences infirmières dans le document de travail sur les référentiels de compétences des cadres de santé de la DGOS en 2012, les formateurs IFSI estiment que celles-ci sont importantes, voire très importantes pour exercer leur profession.

Nous observons un décalage de perception entre les hommes et les femmes au niveau de l'importance de diverses compétences pour être formateur/formatrice en IFSI. Ce niveau est plus élevé pour les femmes formatrices que pour les hommes formateurs, notamment à un très haut niveau de significativité pour les compétences en ingénierie de formation (moyenne de 3,53 pour les femmes versus moyenne de 3,29 pour les hommes ; p-value = < 0,01 ; Fisher = 7,68). À un niveau de significativité moins important, nous retrouvons les compétences managériales (moyenne de 3,65 pour les femmes versus moyenne de 3,51 pour les hommes ; p-value = 0,04 ; Fisher = 3,33), les compétences d'enseignement (moyenne de 3,63 pour les femmes versus moyenne de 3,47 pour les hommes ; p-value = 0,04 ; Fisher = 3,53), les compétences d'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation (moyenne de 3,9 pour les femmes versus moyenne de 3,8 pour les hommes ; p-value = 0,03 ; Fisher = 3,77), les compétences dans la participation à la

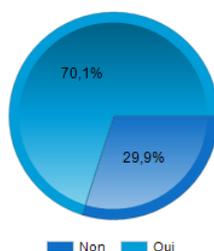
démarche qualité de la formation (moyenne de 3,21 pour les femmes versus moyenne de 3,02 pour les hommes ; p-value = 0,02 ; Fisher = 4,51) et les compétences dans le domaine de la recherche (moyenne de 3,23 pour les femmes versus moyenne de 3,04 pour les hommes ; p-value = 0,02 ; Fisher = 4,43).

Aux niveaux des compétences relatives à la recherche et à la démarche qualité, nous relevons une significativité en rapport avec l'âge des répondants. Les formateurs les plus âgés perçoivent ces compétences comme plus importantes que les formateurs plus jeunes de façon très significative pour les compétences dans le domaine de la recherche (corrélation = -0,14 ; t = 2,44) et de façon significative pour les compétences dans le domaine de la démarche qualité (corrélation = -0,10 ; t = 1,76). Cela est particulièrement marquant pour les personnes nées entre 1960 et 1964 avec une moyenne de 3,41 (moyenne globale = 3,19) pour les compétences dans le domaine de la recherche de façon très significative (p-value = < 0,01 ; Fisher = 3,60) et une moyenne de 3,32 (moyenne globale = 3,16) pour les compétences dans le domaine de la démarche qualité de manière significative (p-value = 0,02 ; Fisher = 3,17).

1.2.1.4. L'appartenance à un groupe professionnel

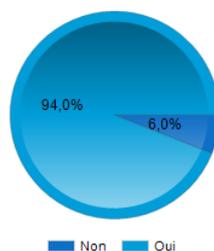
Le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel des formateurs IFSI semble fort, et ce pour les deux raisons suivantes.

Graphique 90 : Conception partagée de l'activité de formateur/formatrice en IFSI ?



Environ deux tiers (70,1 %) des formateurs interrogés pensent qu'il existe une conception partagée de l'activité de formateur/formatrice.

Graphique 91 : Nécessité d'être ou d'avoir été infirmier/infirmière pour être formateur/formatrice en IFSI ?



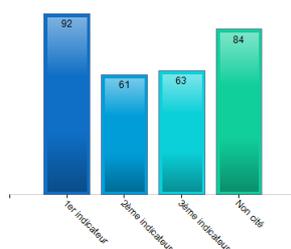
Et une quasi-unanimité (94 %) pense qu'il est impérativement nécessaire d'être ou d'avoir été infirmier/infirmière pour être formateur/formatrice en IFSI.

1.2.1.5. Les indicateurs d'une formation infirmière de qualité

Nous avons demandé aux répondants d'ordonner de 1 à 3 (du plus important au moins important) les indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité.

Graphique 92 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les retours des professionnels de terrain et/ou des employeurs après l'obtention du diplôme d'État

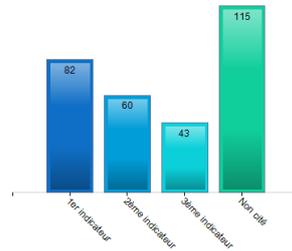
Moyenne = **2,46** Médiane = **2,00** Ecart-type = **1,19**



Pour les formateurs IFSI interrogés, la réponse « les retours des professionnels de terrain et/ou des employeurs après l'obtention du diplôme d'État » (citée quatre-vingt-douze fois en 1^{ère} raison avec une médiane de 2) ressort comme l'indicateur principal d'une formation infirmière de qualité.

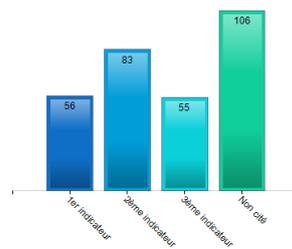
Graphique 93 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – le ressenti des étudiants pendant la formation

Moyenne = **2,64** Médiane = **3,00** Ecart-type = **1,24**



Graphique 94 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les retours des professionnels de terrain pendant la formation

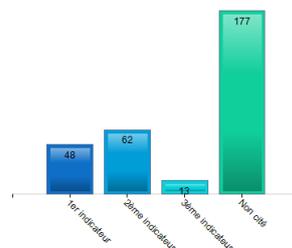
Moyenne = **2,70** Médiane = **3,00** Ecart-type = **1,14**



Puis nous retrouvons deux indicateurs importants avec une médiane de 3 : « le ressenti des étudiants pendant la formation » (cité quatre-vingt-deux fois en 1^{ère} raison) et « les retours des professionnels de terrain pendant la formation » (cité cinquante-six fois en 1^{ère} raison).

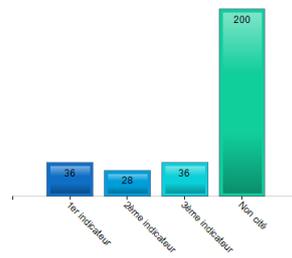
Graphique 95 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les résultats des étudiants en stage

Moyenne = **3,06** Médiane = **4,00** Ecart-type = **1,20**



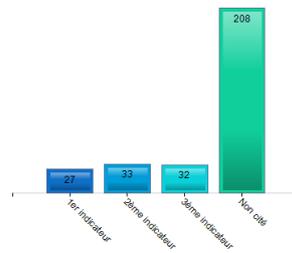
Graphique 96 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – le nombre d'étudiants diplômés par rapport au nombre d'étudiants initialement présents dans la promotion concernée

Moyenne = **3,33** Médiane = **4,00** Ecart-type = **1,06**



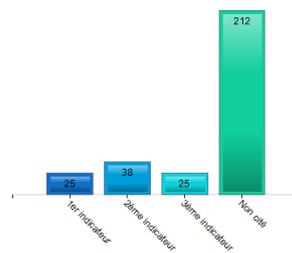
Graphique 97 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les travaux de recherche des étudiants à travers leurs mémoires de fin d'études

Moyenne = **3,40** Médiane = **4,00** Ecart-type = **1,00**



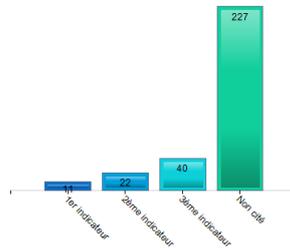
Graphique 98 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les résultats des étudiants aux évaluations théoriques

Moyenne = **3,41** Médiane = **4,00** Ecart-type = **1,00**



Graphique 99 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants

Moyenne = **3,61** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,78**



Enfin, les autres indicateurs proposés d'une formation infirmière de qualité (« les résultats des étudiants en stage », « le nombre d'étudiants diplômés par rapport au nombre d'étudiants initialement présents dans la promotion concernée », « les travaux de recherche des étudiants à travers leurs mémoires de fin d'études », « les résultats des étudiants aux évaluations théoriques » et « les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants ») ont été peu cités (médiane de 4).

Nous remarquons que les trois indicateurs mis en avant par les répondants d'une formation infirmière de qualité sont en lien avec le regard d'autrui (celui des professionnels de terrain pendant et après la formation, des employeurs, des étudiants à travers leurs ressentis).

1.2.2. Les identités attribuées des formateurs IFSI

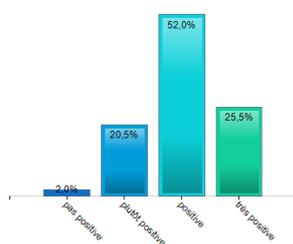
Nous allons maintenant nous focaliser sur les identités attribuées (Dubar, 2010). Celles-ci peuvent être difficiles à percevoir en questionnant les principaux concernés. Néanmoins l'image que les formateurs pensent que leurs collaborateurs ont de leur activité professionnelle constitue déjà un premier repère, un premier indicateur. Les rapports déclarés avec les différents collaborateurs sont d'autres indicateurs des identités attribuées et de la reconnaissance par autrui des personnes et de leur activité professionnelle.

1.2.2.1. Image perçue par autrui sur l'activité professionnelle

Les formateurs IFSI ayant répondu perçoivent globalement l'image que se font leurs collaborateurs de leur activité professionnelle comme positive (cet item étant le troisième sur une échelle de Likert de quatre). Tous les résultats ont une médiane de trois.

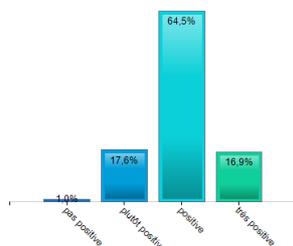
Graphique 100 : Image perçue de l'activité professionnelle par les équipes de Direction

Moyenne = **3,01** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,74**



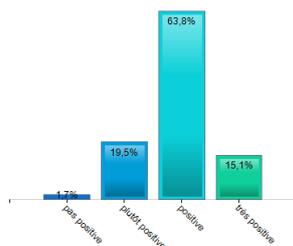
Graphique 101 : Image perçue de l'activité professionnelle par les collègues formateurs

Moyenne = **2,97** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,62**



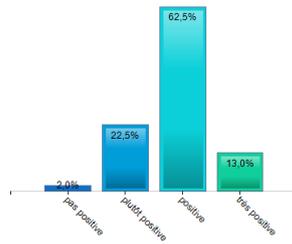
Graphique 102 : Image perçue de l'activité professionnelle par les étudiants

Moyenne = **2,92** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,64**



Graphique 103 : Image perçue de l'activité professionnelle par les équipes administratives

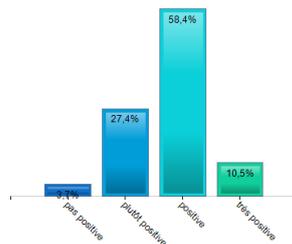
Moyenne = **2,86** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,65**



Cependant l'image perçue sur leur activité est davantage positive au sein de leur institut (par ordre décroissant des moyennes des réponses : équipe de Direction, collègues formateurs, étudiants et équipe administrative).

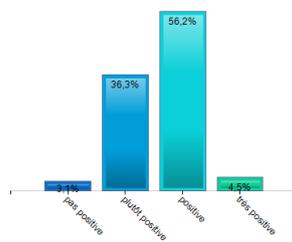
Graphique 104 : Image perçue de l'activité professionnelle par les intervenants extérieurs paramédicaux

Moyenne = **2,76** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,69**



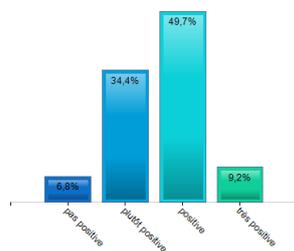
Graphique 105 : Image perçue de l'activité professionnelle par les intervenants extérieurs médicaux

Moyenne = **2,62** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,62**



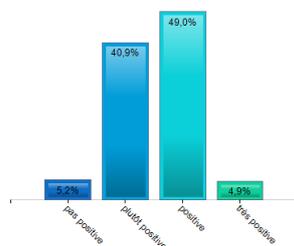
Graphique 106 : Image perçue de l'activité professionnelle par les tuteurs

Moyenne = **2,61** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,75**



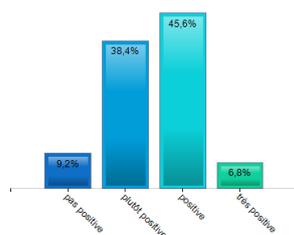
Graphique 107 : Image perçue de l'activité professionnelle par les intervenants extérieurs universitaires

Moyenne = **2,53** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,67**



Graphique 108 : Image perçue de l'activité professionnelle par les maîtres de stage

Moyenne = **2,50** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,76**



En dehors de leur IFSI, l'image perçue de l'activité professionnelle est moins positive (par ordre décroissant des moyennes des réponses) aux niveaux des intervenants extérieurs paramédicaux, des intervenants extérieurs médicaux, des tuteurs, des intervenants extérieurs universitaires et des maîtres de stage. Nous notons que l'image perçue la moins positive est celle des cadres santé de proximité dont la formation est pourtant commune aux formateurs, suivie des intervenants universitaires.

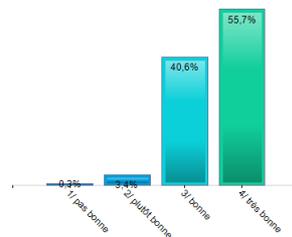
De façon très significative, plus les formateurs interrogés sont âgés plus ils pensent que l'image que se font les maîtres de stage de leur activité professionnelle est positive (corrélation = -0,15 ; t = 2,54). Nous retrouvons la même tendance de façon significative avec les collaborateurs suivants : les tuteurs (corrélation = -0,13 ; t = 2,21), les intervenants extérieurs médicaux (corrélation = -0,12 ; t = 1,99) et les étudiants (corrélation = -0,11 ; t = 1,90). *A contrario*, les formateurs les plus jeunes pensent significativement que l'équipe de Direction a une image plus positive de leur activité professionnelle (corrélation = 0,10 ; t = 1,66).

1.2.2.2. Rapport aux autres

Nous notons que toutes les relations professionnelles proposées sont majoritairement qualifiées, par les formateurs IFSI interrogés, de bonnes, voire de très bonnes dans le cas des relations avec les étudiants en soins infirmiers.

Graphique 109 : Qualité des relations avec les étudiants infirmiers

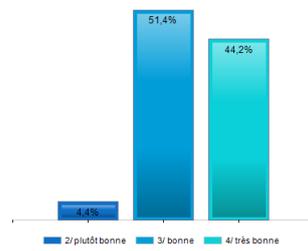
Moyenne = **3,52** Médiane = **4,00** Ecart-type = **0,58**



La relation avec les étudiants en soins infirmiers est la seule, avec une médiane de quatre, à être qualifiée de « très bonne » par la majorité des participants (55,7 %).

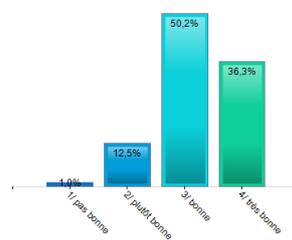
Graphique 110 : Qualité des relations avec les intervenants extérieurs paramédicaux

Moyenne = **3,40** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,57**



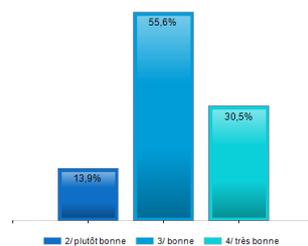
Graphique 111 : Qualité des relations avec les équipes administratives

Moyenne = **3,22** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,70**



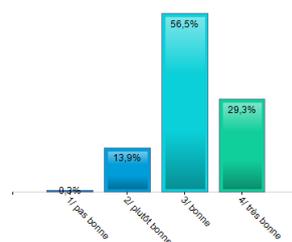
Graphique 112 : Qualité des relations avec les tuteurs

Moyenne = **3,17** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,65**



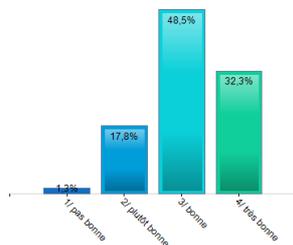
Graphique 113 : Qualité des relations avec les intervenants extérieurs médicaux

Moyenne = **3,15** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,65**



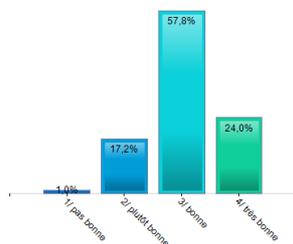
Graphique 114 : Qualité des relations avec les collègues formateurs

Moyenne = **3,12** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,74**



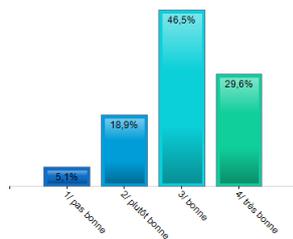
Graphique 115 : Qualité des relations avec les maîtres de stage

Moyenne = **3,05** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,67**



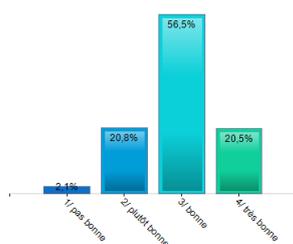
Graphique 116 : Qualité des relations avec les équipes de Direction

Moyenne = **3,01** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,83**



Graphique 117 : Qualité des relations avec les intervenants extérieurs universitaires

Moyenne = **2,95** Médiane = **3,00** Ecart-type = **0,71**



Puis nous relevons par ordre décroissant des moyennes des réponses, les relations suivantes qui ont toutes une médiane de trois : les relations avec les intervenants extérieurs paramédicaux, les relations avec l'équipe administrative, les relations avec les tuteurs, les relations avec les intervenants extérieurs médicaux, les relations avec les collègues formateurs, les relations avec les maîtres de stage, les relations avec l'équipe de Direction et les relations avec les intervenants extérieurs universitaires.

Les femmes qualifient globalement leurs relations aux autres plus positivement que les hommes. De façon significative, nous pouvons citer leurs relations avec les étudiants infirmiers (moyenne de 3,54 pour les femmes versus moyenne de 3,37 pour les hommes ; p-value = 0,03 ; Fisher = 3,73), tout comme avec les intervenants extérieurs médicaux (moyenne de 3,18 pour les femmes versus moyenne de 2,96 pour les hommes ; p-value = 0,02 ; Fisher = 4,91) et paramédicaux (moyenne de 3,42 pour les femmes versus moyenne de 3,26 pour les hommes ; p-value = 0,04 ; Fisher = 3,41).

Les relations avec autrui sont significativement qualifiées plus positives avec l'augmentation de l'âge des répondants en ce qui concerne celles avec les étudiants en soins infirmiers (corrélation = -0,10 ; t = 1,65) et celles avec les intervenants extérieurs médicaux (corrélation = -0,11 ; t = 1,90).

1.2.3. Synthèse

Le processus relationnel se construit, dans l'espace et dans le temps, à travers une transaction objective entre les identités assumées (incorporées, voire revendiquées) par les professionnels et les identités attribuées par les partenaires institutionnels (Dubar, 2010).

Au niveau de leurs identités assumées, les formateurs interrogés sont principalement motivés par rapport à leur profession par l'idée de porter les valeurs infirmières (70,5 % des formateurs interrogés ont répondu « très important » et 26,4 % « important » à cette question) et de s'enrichir intellectuellement (67,2 % des formateurs interrogés ont répondu « très important » et 29,4 % « important »). À un degré moindre, nous retrouvons le fait de transmettre leurs savoirs, savoir-être, savoir-faire infirmiers (45,3 % des formateurs interrogés ont répondu « très important » et 46 % « important » à cette question) et de poursuivre leur

évolution professionnelle (35,2 % des formateurs interrogés ont répondu « très important » et 47,5 % « important »). Globalement ils revendiquent principalement les domaines d'intervention spécifiques à l'activité de formation : l'enseignement (perçu par 73 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), l'évaluation (perçue par 72,6 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), l'accompagnement des étudiants (perçu par 67,8 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), l'analyse des activités (perçue par 55,5 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), les guidances dans les travaux de recherche (perçue par 53,4 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), l'ingénierie de formation (perçue par 55,2 % des répondants comme « très présent » dans leur activité) et la recherche d'intervenants (perçue par 52,2 % des répondants comme « très présent » dans leur activité). Les compétences communicationnelles (90,2 % des répondants les estimant « très importantes ») et les compétences d'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation (88,9 % des répondants les estimant « très importantes ») sont les principales compétences mises en avant par les personnes interrogées, suivies des compétences managériales (63,3 % des répondants les estiment « très importantes » pour 36 % qui les jugent « importantes »), d'enseignement (62,2 % des répondants les estiment « très importantes » pour 36,5 % qui les jugent « importantes ») et d'ingénierie de formation (52,9 % des répondants les estiment « très importantes » pour 44,1 % qui les jugent « importantes »). Enfin les compétences infirmières sont bien présentes dans l'esprit des formateurs IFSI malgré leur absence dans le document de travail de 2012 de la DGOS : près de neuf formateurs sur dix les ont qualifiées d'importantes (46,1 %) ou de très importantes (43,1 %). Nous observons un fort sentiment d'appartenance à un groupe professionnel chez les formateurs IFSI interrogés à travers leurs réponses sur l'existence d'une conception partagée de l'activité de formateur/formatrice (70,1 % des répondants pensent que cette conception partagée existe) et l'impérative nécessité d'être ou d'avoir été infirmier/infirmière pour être formateur/formatrice en IFSI (94 % des répondants sont d'accord avec cette affirmation). Les trois indicateurs principaux mis en avant par les répondants d'une formation infirmière de qualité (les retours des professionnels de terrain et/ou des employeurs après l'obtention du diplôme d'État, le ressenti des étudiants pendant la formation et les retours des professionnels de terrain pendant la formation) sont tous en lien avec le regard d'autrui : les regards des professionnels de terrain pendant et après la formation, des employeurs, des étudiants à travers leurs ressentis.

Au niveau des identités attribuées, toutes les relations professionnelles questionnées sont majoritairement qualifiées, par les formateurs IFSI interrogés, de bonnes (le taux de réponses variant de 57,8 % à 76,4 % en fonction des différents collaborateurs), voire de très

bonnes (dans le cas des relations avec les étudiants en soins infirmiers qui sont qualifiées de « très bonnes » par 55,7 % des répondants). Mais nous avons également relevé que l'image perçue par les formateurs IFSI de leurs différents collaborateurs sur leur activité professionnelle est moins positive dès lors que ces collaborateurs exercent à l'extérieur de leur institut de formation. Par exemple, l'image perçue de leur activité professionnelle par les intervenants extérieurs universitaires est qualifiée par les formateurs IFSI de « très positive » à 4,9 %, de « positive » à 49 % et de « plutôt positive » à 40,9 % et l'image renvoyée aux cadres de santé en unité de soins est perçue très positivement à 6,8 %, positivement à 45,6 % et plutôt positivement à 38,4 %. Alors que l'image de leur activité professionnelle perçue par les formateurs IFSI chez les équipes de Direction, chez les collègues formateurs et chez les étudiants est respectivement qualifiée de « très positive » à 25,5 %, 16,9 % et 15,1 %, de « positive » à 52 %, 64,5 % et 63,8 % et de « plutôt positive » à 20,5 %, 17,6 % et 19,5 %. Les relations avec les maîtres de stage (qui sont infirmiers cadres de santé comme les formateurs IFSI) et avec les intervenants universitaires sont déclarées parmi les moins bonnes. L'image perçue sur l'activité professionnelle par ces mêmes collaborateurs est également moins positive que celle de l'ensemble des collaborateurs.

Au niveau de la reconnaissance, si le jugement d'utilité (Dejours, 2003) des subordonnés (ici les étudiants) et des supérieurs hiérarchiques semble positif vis-à-vis des indicateurs posés (image perçue de l'activité professionnelle et relations à autrui), cela semble moins évident pour le jugement de beauté (*Ibid.*), notamment en ce qui concerne les cadres de santé managers. Les entretiens menés par la suite nous permettront d'approfondir cette question de la reconnaissance professionnelle.

1.3. Vers une typologie des formateurs IFSI

Pour poursuivre ce travail nous avons, à partir d'une variable qui nous semble essentielle, élaboré une catégorisation des formateurs IFSI. La suite de ce travail amènera par le biais d'entretiens à explorer les dynamiques identitaires des formateurs IFSI. En effet, à partir des résultats obtenus avec ce questionnaire, nous ne pouvons accéder pour le moment au sens donné par les individus à leur parcours, à leur rapport à leur activité professionnelle. Nous sommes en possession d'un certain nombre de caractéristiques, de positionnement, de ressentis sur un ensemble de thèmes. Ce n'est qu'après une poursuite de ce travail dans un second temps par le biais d'une méthode compréhensive, que nous pourrions dégager avec

précision les différentes dynamiques identitaires des formateurs IFSI face au processus d'universitarisation incertain auquel ils sont confrontés.

Nous avons choisi une variable en lien avec l'identité investie dans le présent (Gravé, 2002), relative aux raisons qui ont incité les répondants à quitter leur profession d'infirmier/infirmière pour se diriger vers celle de formateur/formatrice IFSI. Le choix d'une nouvelle activité professionnelle est un moment charnière dans une vie, notamment du point de vue de l'identité professionnelle.

À partir de la question 19 « Quelles sont les raisons principales qui vous ont incité à devenir formateur/formatrice ? », nous avons dégagé deux catégories principales et deux catégories secondaires issues des formateurs IFSI interrogés. Ces quatre catégories sont les points d'entrée pour une analyse plus approfondie de notre population.

Parmi les raisons principales qui ont incité les répondants à devenir formateur ou formatrice, deux raisons proposées se détachent très largement en termes de réponses :

- « Envie de porter les valeurs infirmières » citée cent-quatre fois en 1^{ère} raison ;
- « Envie de transmettre votre pratique infirmière » citée cent-cinq fois en 1^{ère} raison.

Les personnes ayant eu comme motivation principale ces deux raisons pour devenir formateur/formatrice IFSI vont constituer nos deux catégories principales.

Les raisons ci-dessous viennent ensuite :

- « Volonté d'évolution professionnelle » citée trente-neuf fois en 1^{ère} raison ;
- « Envie d'entrer dans l'enseignement » citée cinquante-trois fois en 1^{ère} raison.

Les personnes ayant eu comme motivation principale ces deux raisons pour devenir formateur/formatrice IFSI vont constituer nos deux catégories secondaires.

Nous précisons que nos deux catégories principales n'ont pas de lien de significativité entre elles (corrélation = -0,02, $t = 0,34$). Elles forment deux catégories bien distinctes, comme nous allons le montrer par la suite.

1.3.1. Catégorie des formateurs IFSI qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice leur envie de porter les valeurs infirmières

Cette population est davantage **féminine** (p-value = 0,08 ; Fisher = 2,43) et significativement (corrélation = 0,11, t = 1,86) **plus âgée** que la moyenne des répondants. Les personnes constituant cette catégorie sont significativement (corrélation = 0,11, t = 1,87) titulaires d'un diplôme infirmier depuis plus longtemps que la moyenne de la population étudiée. Elles sont en moyenne depuis **plus longtemps formateur/formatrice IFSI** (corrélation = 0,07, t = 1,16) et ont **davantage** (corrélation = -0,06, t = 1,06) **exercé d'années en tant qu'infirmier/infirmière** que l'ensemble des répondants (16,4 années contre 15,65 années). Quand elles sont titulaires d'un diplôme de cadre de santé, il s'agit davantage du certificat cadre infirmier que du diplôme de cadre de santé (p-value = 0,06 ; Fisher = 2,71). Elles ont également **moins tendance à avoir suivi une formation en master depuis leur formation infirmière** (p-value = 0,08 ; Fisher = 2,44). Ce sont des personnes qui ont davantage tendance (p-value = 0,15 ; Fisher = 1,91) à **ne pas exercer actuellement dans l'IFSI dans lequel elles ont effectué leur formation initiale**.

Par rapport aux trois autres catégories, nous ne **retrouvons pas de significativité avec les raisons « envie de transmettre sa pratique infirmière »** (corrélation = -0,02, t = 0,34) et **« volonté d'évolution professionnelle »** (corrélation = 0,00, t = 0,01). En revanche, nous observons une **très grande significativité négative avec la raison « envie d'entrer dans l'enseignement »** (corrélation = -0,15, t = 2,63).

De façon très significative, nous remarquons un lien fort avec les raisons pour devenir formateur/formatrice suivantes : « amélioration revenu salarial » (corrélation = 0,24, t = 4,19), « influence de l'entourage amical » (corrélation = 0,20, t = 3,54), « **accès à l'université, à la recherche** » (corrélation = 0,17, t = 2,98) et « influence du milieu familial » (corrélation = 0,15, t = 2,64). De façon moins significative, nous trouvons la raison « « envie de changer de public » (corrélation = 0,11, t = 1,92). Moins significativement encore apparaît la raison « envie d'accroître ses connaissances personnelles » (corrélation = 0,08, t = 1,44).

Significativement (p-value = 0,01 ; Fisher = 5,12) les formateurs/formatrices, faisant partie de cette catégorie, pensent qu'il est **nécessaire pour être formateur/formatrice IFSI d'être infirmier/infirmière**.

Nous ne retrouvons **pas de significativité** (p -value = 0,70 ; Fisher = 0,36) **avec le fait que ces personnes se présentent ou non encore comme infirmier/infirmière.**

Au niveau des motivations actuelles par rapport à la profession de formateur/formatrice en IFSI, nous observons, très significativement (corrélation = -0,23, t = 4,04) la **continuité du fait de porter les valeurs infirmières**. À l'opposé les personnes qui sont devenues formateur/formatrice pour porter les valeurs infirmières, citent très significativement peu en motivation actuelle pour exercer leur profession le fait que celle-ci leur permet d'avoir des conditions d'exercice de cette activité professionnelle qui leur conviennent (corrélation = 0,30, t = 5,25), d'avoir plus de liberté dans leur travail qu'auparavant (corrélation = 0,26, t = 4,48) et de gagner leur vie (corrélation = 0,15, t = 2,51). De façon moins marquée (corrélation = 0,11, t = 1,87) ces personnes citent peu la motivation actuelle d'avoir des activités plus variées pour exercer leur profession.

Nous n'observons **pas de significativité** (p -value = 0,91 ; Fisher = 0,10) avec la question qui porte **sur les perspectives d'évolution professionnelle.**

Nous ne retrouvons pas de significativité (p -value = 0,70 ; Fisher = 0,23) également avec le nombre de formateurs collègues dans l'IFSI d'exercice.

Il semble cependant que les personnes ayant pour raison principale de devenir formateur/formatrice IFSI leur envie de porter les valeurs infirmières ont significativement (corrélation = -0,12, t = 1,99) **davantage d'étudiants en référence de suivi pédagogique.**

Leurs relations avec leurs collègues formateurs sont significativement (corrélation = 0,11, t = 1,91) **qualifiées de moins bonnes** par eux-mêmes. À un degré de significativité moindre, ils les qualifient de **moins bonnes également avec les étudiants en soins infirmiers** (corrélation = 0,07, t = 1,21) **et avec leur équipe de Direction** (corrélation = 0,07, t = 1,14). À l'opposé, ils perçoivent leurs **relations comme meilleures avec les intervenants extérieurs paramédicaux** (corrélation = -0,07, t = 1,14) **et médicaux** (corrélation = -0,06, t = 1,09).

Il n'y a **pas de significativité** (p -value = 0,98 ; Fisher = 0,02) **avec la question qui porte sur l'existence d'une conception partagée de formateur/formatrice dans le travail quotidien.**

Les personnes ayant eu pour raison principale de devenir formateur/formatrice en IFSI leur envie de porter les valeurs infirmières qualifient significativement **moins positivement l'image que se font de leur activité professionnelle leurs collègues formateurs** (corrélation = 0,13, t = 2,19) **et leur équipe de Direction** (corrélation = 0,10, t = 1,71), et à un

degré moindre de significativité l'équipe administrative de leur IFSI (corrélation = 0,06, t = 1,04).

Parmi leurs domaines d'intervention dans leur pratique de formateur/formatrice, les personnes de cette catégorie qualifient **très significativement comme plus présent l'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation** (corrélation = -0,15, t = 2,54) et **significativement comme plus présent l'animation de séquences d'enseignement** (corrélation = -0,10, t = 1,81). À un degré moindre de significativité, nous retrouvons comme plus présents les suivis d'étudiants en stage (corrélation = -0,09, t = 1,49), la veille documentaire, réglementaire, institutionnelle (corrélation = -0,08, t = 1,44), les guidances d'étudiants dans leurs travaux de recherche (corrélation = -0,08, t = 1,40), la réalisation d'études et de recherches (corrélation = -0,08, t = 1,39), l'ingénierie du dispositif de formation initiale (corrélation = -0,07, t = 1,24) et le travail en lien avec les terrains de stage (corrélation = -0,07, t = 1,15).

Pour cette population, les **compétences pour un(e) formateur/formatrice IFSI dans le domaine de la recherche** (corrélation = -0,19, t = 3,34) et dans la participation à la **démarche qualité** (corrélation = -0,17, t = 2,95) sont très significativement plus importantes que pour l'ensemble des personnes interrogées. **De façon moins significative, nous retrouvons une importance plus grande accordée aux compétences infirmières** (corrélation = -0,12, t = 2,08). À un degré encore moindre de significativité, nous identifions les compétences en ingénierie de formation (corrélation = -0,07, t = 1,19). Enfin en opposition, nous retrouvons de façon peu significative une importance moindre des compétences d'enseignement (corrélation = 0,06, t = 1,10) pour cette population.

Pour les personnes ayant eu pour raison principale de devenir formateur/formatrice IFSI leur envie de porter les valeurs infirmières, les indicateurs d'une formation infirmière de qualité **sont très significativement les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants** (corrélation = 0,18, t = 3,14), **les travaux de recherche des étudiants à travers leurs mémoires de fin d'études** (corrélation = 0,17, t = 3,04) et **les résultats des étudiants aux évaluations théoriques** (corrélation = 0,16, t = 2,80). De façon significative, nous retrouvons le nombre d'étudiants diplômés par rapport au nombre d'étudiants initialement présents dans la promotion concernée (corrélation = 0,10, t = 1,68). À un degré moindre de significativité, nous retenons l'indicateur sur le ressenti des étudiants pendant la formation (corrélation = 0,09, t = 1,53).

En résumé :

Au niveau du processus biographique (Dubar, 2010), cette catégorie est plus féminine et plus âgée, diplômée infirmier/infirmière depuis plus longtemps, a exercé plus longtemps la profession infirmière et travaille en IFSI depuis plus longtemps également. Cette population a moins tendance à avoir suivi une formation en master depuis sa formation infirmière et à exercer actuellement dans l'IFSI dans lequel elle a effectué sa formation initiale.

Par rapport aux trois autres catégories constitutives de cette typologie, il existe une très grande significativité négative avec la raison « envie d'entrer dans l'enseignement » et pas de significativité avec les raisons « envie de transmettre sa pratique infirmière » et « volonté d'évolution professionnelle ». Il existe un lien fort avec la raison « accès à l'université, à la recherche ».

Cette population ne se présente pas plus ou moins encore comme infirmier/infirmière que l'ensemble des répondants.

Nous ne retrouvons pas de différence avec l'ensemble du corpus au niveau des perspectives professionnelles déclarées.

Au niveau du processus relationnel (*Ibid.*), nous remarquons la continuité du fait de porter les valeurs infirmières au niveau des motivations actuelles par rapport à la profession de formateur/formatrice IFSI.

Cette population pense davantage qu'il est nécessaire pour être formateur/formatrice IFSI d'être infirmier/infirmière.

Pour cette population, les compétences importantes pour un(e) formateur/formatrice IFSI sont davantage les compétences dans le domaine de la recherche, celles dans la participation à la démarche qualité et les compétences infirmières.

Parmi les domaines d'intervention plus présents dans leur pratique de formateur/formatrice, nous retrouvons l'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation, l'animation de séquences d'enseignement, les suivis d'étudiants en stage, la veille documentaire, réglementaire, institutionnelle, les guidances d'étudiants dans leurs travaux de recherche et la réalisation d'études et de recherches.

Pour cette population, les indicateurs les plus importants d'une formation infirmière de qualité sont les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants, les travaux de recherche

des étudiants à travers leurs mémoires de fin d'études et les résultats des étudiants aux évaluations théoriques.

Elle a des relations moins bonnes avec ses collègues formateurs, avec les étudiants en soins infirmiers et avec les équipes de Direction. *A contrario*, les relations sont meilleures avec les intervenants extérieurs paramédicaux et médicaux.

Enfin elle pense que l'image que se font de leur activité professionnelle leurs collègues formateurs et leurs équipes de Direction est moins positive. La reconnaissance par les pairs est moins présente.

1.3.2. Catégorie des formateurs IFSI qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice leur envie de transmettre leur pratique infirmière

Nous ne retrouvons **pas avec cette population de variables d'âge ou de genre**, contrairement à la précédente. Nous pouvons cependant remarquer une faible significativité avec les professions des **deux parents qui ont moins tendance à exercer ou à avoir exercé une profession médicale ou paramédicale** (p -value = 0,11 ; Fisher = 2,25 pour le père et p -value = 0,09 ; Fisher = 2,39 pour la mère). Ces personnes exercent de façon peu significative (p -value = 0,11 ; Fisher = 1,91) davantage à temps plein que l'ensemble des répondants. Ce sont également des personnes qui ont **moins tendance** (p -value = 0,06 ; Fisher = 2,67) à **avoir effectué une spécialisation infirmière** autre que celle de cadre de santé. Enfin il s'agit d'une population qui a sensiblement (corrélation = 0,07, t = 1,14) **exercé moins longtemps en tant qu'infirmier/infirmière** que l'ensemble des répondants (14,8 années contre 15,65 années).

Par rapport aux trois autres catégories, nous **n'observons pas de significativité avec la raison « envie de porter les valeurs infirmières »** (corrélation = -0,02, t = 0,34). Par contre nous remarquons une **significativité mineure et négative avec les raisons « envie d'entrer dans l'enseignement »** (corrélation = -0,08, t = 1,44) **et « volonté d'évolution professionnelle »** (corrélation = -0,07, t = 1,14).

Très significativement, nous remarquons un lien fort entre cette population et **l'amélioration du revenu salarial** (corrélation = 0,22, t = 3,85) et l'influence du milieu familial

(corrélation = 0,14, t = 2,35) comme raisons pour devenir formateur/formatrice IFSI. À un degré de significativité moindre, nous retrouvons pour cette population les raisons suivantes : l'influence de l'entourage amical (corrélation = 0,13, t = 2,19), **l'envie de changer de public** (corrélation = 0,12, t = 2,09), **les conditions d'exercice de cette activité professionnelle** (corrélation = 0,12, t = 2,02) et **la lassitude de la fonction infirmière** (corrélation = 0,10, t = 1,66). Enfin de façon encore moins significative (corrélation = 0,08, t = 1,32), nous identifions l'envie d'accroître ses connaissances personnelles comme raison de devenir formateur/formatrice en IFSI.

Comme pour la population précédente, significativement (p-value = 0,02 ; Fisher = 4,23), **les formateurs/formatrices, faisant partie de cette catégorie, pensent davantage qu'il est nécessaire pour être formateur/formatrice en IFSI d'être infirmier/infirmière.**

Contrairement à la catégorie précédente, dans la population étudiée actuellement, les **personnes se présentent très significativement** (p-value = < 0,01 ; Fisher = 6,63) **d'avantage encore comme infirmier/infirmière.**

Au niveau des motivations actuelles par rapport à la profession de formateur/formatrice IFSI, nous observons, très significativement (corrélation = -0,24, t = 4,19) une **continuité avec le fait de transmettre leurs savoirs, savoir-être, savoir-faire infirmiers**. Nous retrouvons un lien très significatif (corrélation = -0,16, t = 2,72) avec le fait de **travailler avec un autre public** que des personnes malades comme motivation actuelle. Ce lien est dans la continuité de l'envie de changer de public, précédemment évoquée comme raison pour devenir formateur/formatrice en IFSI. À un degré moindre de significativité, nous remarquons également un **prolongement entre cette population et sa non-volonté d'évolution professionnelle initiale et actuelle** (corrélation = 0,08, t = 1,30). Nous retrouvons significativement (corrélation = 0,11, t = 1,90) que cette population ne perçoit pas le fait d'avoir plus de liberté dans son travail qu'auparavant comme une motivation actuelle. Enfin cette catégorie cite moins que la moyenne des répondants le fait que cette profession leur permet de gagner leur vie (corrélation = 0,08, t = 1,26) comme une motivation actuelle à exercer.

Comme précédemment, nous n'observons **pas de significativité** (p-value = 0,83 ; Fisher = 0,19) **avec la question qui porte sur les perspectives d'évolution professionnelle.**

De façon très significative (p-value = < 0,01 ; Fisher = 4,81), il apparaît que cette population a un **nombre de collègues formateurs plutôt compris entre seize et vingt.**

Par contre nous ne retrouvons pas de significativité (corrélation = -0,03, t = 0,51) avec le nombre d'étudiants en référence de suivi pédagogique.

Très significativement (corrélation = -0,15, t = 2,53), cette population qualifie **plus positivement ses relations avec leur équipe de Direction**. Elle fait de même, à un degré moindre, avec ses **relations avec les tuteurs de stage** (corrélation = -0,13, t = 2,18), avec celles **avec les étudiants en soins infirmiers** (corrélation = -0,12, t = 2,13) et avec celles **avec leurs collègues formateurs** (corrélation = -0,12, t = 2,01). Moins significativement encore, leurs relations sont qualifiées de meilleures avec les **équipes administratives** (corrélation = -0,09, t = 1,63), **les intervenants extérieurs médicaux** (corrélation = -0,09, t = 1,62) et **paramédicaux** (corrélation = -0,07, t = 1,18).

Dans le travail quotidien de formation, cette population pense, peu significativement cependant (p-value = 0,07 ; Fisher = 2,71), **d'avantage que l'ensemble des répondants qu'il existe une conception partagée de l'activité de formateur/formatrice**.

L'image que cette population pense que ses collaborateurs se font de son activité professionnelle est globalement semblable à celle de l'ensemble des répondants, hormis de façon peu significative, pour **l'image des étudiants en soins infirmiers** (corrélation = -0,08, t = 1,30) et **celle des collègues formateurs** (corrélation = -0,06, t = 1,05) **qui sont perçues plus positivement**.

Cette population qualifie, très significativement, de plus présents dans leur activité professionnelle les domaines d'intervention concernant **la recherche des intervenants et la mise en place des conditions d'intervention** (corrélation = -0,17, t = 2,96) et **la responsabilité pédagogique, la coordination de promotion** (corrélation = -0,17, t = 2,96). De façon moins significative, nous retrouvons la même tendance avec la recherche, la planification et l'organisation des stages (corrélation = -0,09, t = 1,49).

Au niveau des compétences nécessaires pour être formateur/formatrice IFSI, cette population met en avant, **très significativement** (corrélation = -0,21, t = 3,75), **l'importance des compétences infirmières**. Puis suivent à un degré de significativité moindre **les compétences communicationnelles** (corrélation = -0,13, t = 2,28), **les compétences d'accompagnement** des étudiants dans leur parcours de formation (corrélation = -0,10, t = 1,76) et **les compétences d'enseignement** (corrélation = -0,10, t = 1,74).

De façon très significative, les indicateurs d'une formation infirmière de qualité sont, pour cette population, **le nombre d'étudiants diplômés par rapport au nombre d'étudiants initialement présents** dans la promotion concernée (corrélation = 0,19, t = 3,31), **les retours**

des professionnels de terrain pendant la formation (corrélation = 0,16, t = 2,88), **les résultats des étudiants aux évaluations théoriques** (corrélation = 0,16, t = 2,74) et **les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants** (corrélation = 0,14, t = 2,42). Moins significativement, nous identifions comme indicateurs d'une formation infirmière de qualité les résultats des étudiants en stage (corrélation = 0,08, t = 1,45) et le ressenti des étudiants pendant la formation (corrélation = 0,06, t = 1,09).

En résumé :

Au niveau du processus biographique (Dubar, 2010), nous remarquons une population dont les parents sont moins issus du milieu (para)médical, qui a exercé moins longtemps la profession infirmière et qui s'est moins spécialisée (hormis la formation cadre de santé).

Par rapport aux trois autres catégories constitutives de cette typologie, nous remarquons deux significativités mineures et négatives avec les raisons « envie d'entrer dans l'enseignement » et « volonté d'évolution professionnelle ». Nous n'observons pas de significativité avec la raison « envie de porter les valeurs infirmières ».

Tous les points précédents, associés aux raisons suivantes plus présentes de devenir formateur/formatrice en IFSI (l'amélioration du revenu salarial, l'envie de changer de public, les conditions d'exercice de cette activité professionnelle et la lassitude de la fonction infirmière), peuvent nous faire penser à une fuite de la profession infirmière vers celle de formateur/formatrice IFSI.

Cette catégorie se présente très significativement davantage encore comme infirmier/infirmière que l'ensemble des répondants du corpus.

Nous ne retrouvons pas de différence avec l'ensemble du corpus au niveau des perspectives professionnelles déclarées.

Au niveau du processus relationnel (*Ibid.*), les motivations actuelles par rapport à la profession de formateur/formatrice IFSI, montrent des prolongements avec les raisons qui les ont fait entrer dans la formation au niveau de la transmission de leurs savoirs, savoir-être, savoir-faire infirmiers et avec le fait de travailler avec un autre public.

Les personnes faisant partie de cette catégorie pensent davantage que l'ensemble du corpus qu'il est nécessaire pour être formateur/formatrice IFSI d'être infirmier/infirmière. Dans le

travail quotidien de formation, cette population pense davantage que l'ensemble des répondants qu'il existe une conception partagée de l'activité de formateur/formatrice.

Pour cette population, les compétences importantes pour un(e) formateur/formatrice en IFSI sont principalement les compétences infirmières puis les compétences communicationnelles, les compétences d'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation et les compétences d'enseignement.

Les deux domaines d'intervention suivants sont plus présents chez cette population dans leur activité professionnelle : la recherche des intervenants et la mise en place des conditions d'intervention et la responsabilité pédagogique, la coordination de promotion.

Pour ces personnes, les indicateurs les plus importants d'une formation infirmière de qualité sont le nombre d'étudiants diplômés par rapport au nombre d'étudiants initialement présents dans la promotion concernée, les retours des professionnels de terrain pendant la formation, les résultats des étudiants aux évaluations théoriques et les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants.

Cette population qualifie globalement ses relations avec autrui plus positivement que l'ensemble des répondants. Cela est particulièrement marquant avec les équipes de Direction, avec les tuteurs de stage, avec les étudiants en soins infirmiers et avec les collègues formateurs.

Enfin l'image que cette population pense que leurs collaborateurs se font de leur activité professionnelle est globalement semblable à celle de l'ensemble des répondants. En ce qui concerne les étudiants en soins infirmiers et les collègues formateurs, elle est sensiblement perçue comme plus positive.

1.3.3. Catégorie des formateurs IFSI qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice leur volonté d'évolution professionnelle

Nous ne retrouvons **pas avec cette population de variables d'âge ou de genre**, contrairement à la première population étudiée. Nous pouvons cependant remarquer une faible significativité avec les professions du **conjoint et du père qui ont moins tendance à exercer ou à avoir exercé une profession médicale ou paramédicale** (p-value = 0,08 ;

Fisher = 2,48 pour le conjoint et p-value = 0,11 ; Fisher = 2,24 pour le père). Ces personnes exercent significativement (p-value = 0,03 ; Fisher = 2,82) **davantage dans des IFSI dépendants de centre hospitalier**. Ce sont également des personnes qui ont **moins tendance** (p-value = 0,09 ; Fisher = 2,26) **à avoir effectué une spécialisation infirmière autre que celle de cadre de santé**. Nous sommes devant une population qui a significativement (corrélation = 0,12, t = 2,05) **exercé moins longtemps en tant qu'infirmier/infirmière** que l'ensemble des répondants (13,5 années contre 15,65 années). Ce sont des personnes qui sont significativement (p-value = 0,02 ; Fisher = 4,29) **moins titulaires d'un diplôme de cadre de santé** que l'ensemble des répondants. Cette population a d'ailleurs sensiblement **davantage expérimenté le statut de faisant-fonction** que l'ensemble des répondants (p-value = 0,14 ; Fisher = 1,96). Parmi ces personnes, **quand elles sont titulaires d'un diplôme cadre de santé**, elles l'ont davantage obtenu, par rapport à l'ensemble des répondants, significativement (p-value = 0,05 ; Fisher = 2,64) **depuis moins de cinq ans ou depuis plus de vingt ans**. Enfin très significativement (p-value = < 0,01 ; Fisher = 6,77), elles ont **moins vécu, que l'ensemble des répondants, une expérience professionnelle d'encadrement d'équipe paramédicale**. Cette dernière a été significativement (p-value = 0,05 ; Fisher = 2,75) **plutôt inférieure à cinq ans**.

Par rapport aux trois autres catégories, nous ne remarquons **pas de significativité avec la raison « envie de porter les valeurs infirmières »** (corrélation = 0,00, t = 0,01). Nous observons **deux significativités mineures, une positive avec la raison « envie d'entrer dans l'enseignement »** (corrélation = 0,06, t = 1,06) et **une négative avec la raison « envie de transmettre votre pratique infirmière »** (corrélation = -0,07, t = 1,14).

Très significativement, nous remarquons des liens forts entre cette population et plusieurs autres raisons qui ont incité à devenir formateur/formatrice en IFSI : **l'amélioration du revenu salarial** (corrélation = 0,37, t = 6,85), l'influence du milieu familial (corrélation = 0,32, t = 5,73), **les conditions d'exercice de cette activité professionnelle** (corrélation = 0,28, t = 5,02), l'influence de l'entourage amical (corrélation = 0,27, t = 4,87), **la lassitude de la profession infirmière** (corrélation = 0,26, t = 4,70), l'envie d'accroître leurs connaissances personnelles (corrélation = 0,21, t = 3,68) et **l'envie de changer de public** (corrélation = 0,19, t = 3,30). À un degré de significativité moindre, nous retrouvons pour cette population les raisons suivantes : **l'accès à l'université, à la recherche** (corrélation = 0,13, t = 2,28) et **l'influence du milieu professionnel** (corrélation = 0,11, t = 1,97).

Contrairement aux populations précédentes, nous n'observons **pas de significativité** (p-value = 0,21 ; Fisher = 1,16) avec la question demandant aux formateurs/formatrices faisant

partie de cette catégorie s'ils/elles pensent qu'il est **nécessaire pour être formateur/formatrice IFSI d'être infirmier/infirmière.**

Dans cette population étudiée actuellement, nous ne retrouvons **pas non plus de significativité** (p-value = 0,19 ; Fisher = 1,65) avec **le fait que les personnes se présentent encore comme infirmier/infirmière ou non.**

Au niveau des motivations actuelles par rapport à la profession de formateur/formatrice IFSI, nous remarquons, significativement (corrélation = 0,13, t = 2,15) une **opposition avec le fait de porter les valeurs infirmières.** Nous observons des liens très significatifs avec le fait de **poursuivre leur évolution professionnelle** (corrélation = -0,29, t = 5,01), avec le fait d'avoir des activités plus variées qu'auparavant (corrélation = -0,16, t = 2,74) et avec le fait de **gagner sa vie** (corrélation = -0,16, t = 2,73). À un degré moindre de significativité, nous retenons des liens avec le fait d'avoir des conditions d'exercice de cette activité professionnelle qui leur conviennent (corrélation = -0,12, t = 1,96), avec le fait d'avoir **accès à l'université, à une activité de recherche** (corrélation = -0,11, t = 1,87), **avec le fait de travailler avec un autre public** que des personnes malades (corrélation = -0,11, t = 1,86) et avec le fait d'avoir plus de liberté dans votre travail qu'auparavant (corrélation = -0,10, t = 1,74). Avec une plus faible significativité encore (corrélation = -0,07, t = 1,25), nous identifions un lien avec le fait de s'enrichir intellectuellement.

Comme précédemment, nous n'observons **pas de significativité** (p-value = 0,32 ; Fisher = 1,15) avec la question qui porte **sur les perspectives d'évolution professionnelle.**

Nous n'observons **pas de lien de significativité avec le nombre de formateurs dans l'IFSI d'exercice** (p-value = 0,43 ; Fisher = 1,06), **ni avec le nombre d'étudiants en référence de suivi pédagogique** (corrélation = -0,06, t = 1,03).

Significativement, cette population qualifie **plus positivement ses relations avec les formateurs de terrain** : maîtres de stage (corrélation = -0,13, t = 2,30) et tuteurs (corrélation = -0,11, t = 1,83). Elle fait de même, à un degré moindre, avec ses relations **avec les équipes de Direction** (corrélation = -0,07, t = 1,24), **avec les étudiants en soins infirmiers** (corrélation = -0,07, t = 1,22) et avec les équipes administratives (corrélation = -0,06, t = 1,05).

Il n'y a **pas de significativité** (p-value = 0,60 ; Fisher = 0,50) avec la question qui porte **sur l'existence d'une conception partagée de formateur/formatrice dans le travail quotidien.**

L'image que cette population pense que leurs collaborateurs se font de leur activité professionnelle est sensiblement **perçue plus négativement chez les intervenants extérieurs paramédicaux** (corrélation = 0,09, t = 1,49) **et universitaires** (corrélation = 0,07, t = 1,14). Significativement (corrélation = -0,10, t = 1,75), elle est **perçue plus positivement chez les maîtres de stage**. À un degré de significativité moindre, elle est perçue **plus positivement** par cette population **chez leurs collègues formateurs** (corrélation = -0,09, t = 1,53), **chez les tuteurs de stage** (corrélation = -0,07, t = 1,13) **et chez leur équipe de Direction** (corrélation = -0,06, t = 1,11).

Cette population qualifie, peu significativement (corrélation = 0,08, t = 1,35), de **moins présente dans leur activité professionnelle la guidance des étudiants dans leurs travaux de recherche**. À l'opposé, les domaines d'intervention suivants sont très significativement **plus présents dans leur activité : la recherche des intervenants et la mise en place des conditions d'intervention** (corrélation = -0,18, t = 3,12) **et la veille documentaire, réglementaire et institutionnelle** (corrélation = -0,16, t = 2,76). À un degré moindre de significativité, nous retrouvons l'animation de séquences d'enseignement et de formation (corrélation = -0,11, t = 1,93) et l'ingénierie du dispositif de formation initiale (corrélation = -0,10, t = 1,76). Enfin à un degré de significativité minime, nous observons la recherche, la planification et l'organisation des stages (corrélation = -0,09, t = 1,55), la responsabilité pédagogique, la coordination de promotion (corrélation = -0,09, t = 1,51), le contrôle de la qualité des prestations de formation (corrélation = -0,09, t = 1,47) et la contribution à des projets et à des groupes de travail institutionnels (corrélation = -0,07, t = 1,28).

Au niveau des compétences nécessaires pour être formateur/formatrice IFSI, cette population met en avant, très significativement (corrélation = -0,14, t = 2,36), **l'importance des compétences dans la participation à la démarche qualité de la formation**. Puis, de façon moins significative, sont relevées **l'importance des compétences en ingénierie de formation** (corrélation = -0,13, t = 2,28), **l'importance des compétences dans le domaine de la recherche** (corrélation = -0,12, t = 2,12) **et l'importance des compétences d'accompagnement** des étudiants dans leur parcours de formation (corrélation = -0,12, t = 2,04). Enfin nous retrouvons, avec un niveau de significativité moindre, les compétences d'enseignement (corrélation = -0,07, t = 1,28).

De façon très significative, les indicateurs d'une formation infirmière de qualité sont, pour cette catégorie, **les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants** (corrélation = 0,23, t = 4,12), **les résultats des étudiants en stage** (corrélation = 0,22,

t = 3,84), **les résultats des étudiants aux évaluations théoriques** (corrélation = 0,21, t = 3,79), **les travaux de recherche des étudiants à travers leurs mémoires de fin d'études** (corrélation = 0,16, t = 2,77), **les retours des professionnels de terrain et/ou des employeurs après l'obtention du diplôme d'État** (corrélation = 0,15, t = 2,69) et **le nombre d'étudiants diplômés par rapport au nombre d'étudiants initialement présents dans la promotion concernée** (corrélation = 0,14, t = 2,45).

En résumé :

Au niveau du processus biographique (Dubar, 2010), cette population a un(e) conjoint(e) et un père moins issus du milieu (para)médical, a exercé moins longtemps la profession infirmière, travaille davantage dans des IFSI dépendants de centres hospitaliers et s'est moins spécialisée. Par rapport à l'ensemble des répondants, elle est moins titulaire d'un diplôme de cadre de santé, a d'ailleurs sensiblement davantage expérimenté le statut de faisant-fonction à son arrivée en IFSI et a moins vécu une expérience professionnelle antérieure d'encadrement d'équipe paramédicale.

Par rapport aux trois autres catégories constitutives de cette typologie, nous remarquons deux significativités mineures : une positive avec la raison « envie d'entrer dans l'enseignement » et une négative avec la raison « envie de transmettre votre pratique infirmière ». Nous n'observons pas de significativité avec la raison « envie de porter les valeurs infirmières ».

Comme pour la catégorie précédente, tous les points ci-dessus associés aux raisons suivantes de devenir formateur/formatrice IFSI (l'amélioration du revenu salarial, l'envie de changer de public, les conditions d'exercice de cette activité professionnelle et la lassitude de la fonction infirmière) peuvent nous faire penser à une fuite de la profession infirmière vers celle de formateur/formatrice IFSI. Nous relevons également un attrait supérieur pour l'accès à l'université, à la recherche que chez l'ensemble des répondants.

Cette population ne se présente pas plus ou moins encore comme infirmier/infirmière que l'ensemble du corpus.

Nous ne retrouvons pas de différence avec l'ensemble du corpus au niveau des perspectives professionnelles déclarées.

Au niveau du processus relationnel (*Ibid.*) et des motivations actuelles par rapport à la profession de formateur/formatrice IFSI, nous remarquons une opposition avec le fait de porter les valeurs infirmières. Nous observons également un lien fort avec le fait de poursuivre leur

évolution professionnelle, avec le fait d'avoir des activités plus variées qu'auparavant et avec le fait de gagner sa vie. Puis à un degré moindre de significativité, nous retenons des liens avec le fait d'avoir des conditions d'exercice de cette activité professionnelle qui leur conviennent, avec le fait d'avoir accès à l'université, à une activité de recherche et avec le fait de travailler avec un autre public.

Les personnes faisant partie de cette population sont dans la moyenne de l'ensemble des répondants en ce qui concerne la nécessité d'être infirmier/infirmière pour être formateur/formatrice en IFSI.

Pour cette population, les compétences importantes pour un(e) formateur/formatrice IFSI sont davantage les compétences dans la participation à la démarche qualité de la formation, puis les compétences en ingénierie de formation, les compétences dans le domaine de la recherche et les compétences d'accompagnement. Les compétences infirmières ne sont pas, cette fois-ci, citées davantage que chez l'ensemble des répondants.

Les deux domaines d'intervention suivants sont plus présents chez cette population dans leur activité professionnelle que dans l'ensemble du corpus étudié : la recherche des intervenants et la mise en place des conditions d'intervention et la veille documentaire, réglementaire et institutionnelle. À l'opposé, la guidance des étudiants dans leurs travaux de recherche est sensiblement moins présente dans leur activité professionnelle.

Pour ces personnes, presque tous les indicateurs d'une formation infirmière de qualité sont plus importants que chez l'ensemble des répondants, hormis le ressenti des étudiants et le retour des professionnels de terrain pendant la formation.

Cette population qualifie globalement ses relations avec les formateurs de terrain (maîtres de stage et tuteurs) plus positivement que l'ensemble des répondants. Elle fait de même, à un degré moindre, avec ses relations avec les équipes de Direction et les étudiants en soins infirmiers.

L'image que cette population pense que leurs collaborateurs se font de leur activité professionnelle est sensiblement plus négative chez les intervenants extérieurs paramédicaux et universitaires. Elle est perçue plus positive chez les maîtres de stage, leurs collègues formateurs, les tuteurs de stage et leurs équipes de Direction.

1.3.4. Catégorie des formateurs IFSI qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice leur envie d'entrer dans l'enseignement

Nous ne retrouvons **pas pour cette population de variation en ce qui concerne le genre**. Par contre, de façon peu significative (corrélation = -0,06, t = 1,11), elle est **plus jeune que l'ensemble des répondants** (année de naissance moyenne pour cette population = 1970 versus année moyenne de naissance de l'ensemble des répondants = 1968,45). Peu significativement (p-value = 0,14 ; Fisher = 1,98), cette population a **davantage tendance à avoir des enfants**. Elle a également tendance, de façon peu significative, à **exercer à temps partiel** (p-value = 0,14 ; Fisher = 1,60) et à **exercer dans l'IFSI où elle a effectué sa formation infirmière** (p-value = 0,06 ; Fisher = 2,76). Nous sommes devant une population qui a, peu significativement (corrélation = 0,07, t = 1,19), **exercé moins longtemps en tant qu'infirmier/infirmière** que l'ensemble des répondants (14,4 années contre 15,65 années). Ce sont des personnes qui sont significativement (p-value = 0,05 ; Fisher = 3,05) **moins titulaires d'un diplôme de cadre de santé** que l'ensemble des répondants. Nous ne retrouvons pas avec cette population de significativité (p-value = 0,65 ; Fisher = 0,28) au niveau de l'obtention ou non d'un master depuis leur formation infirmière. Néanmoins quand cela est le cas, ce master se situe sensiblement davantage dans le champ de la pédagogie, de la formation d'adultes (p-value = 0,11 ; Fisher = 2,20). Enfin, significativement (p-value = 0,02 ; Fisher = 4,13), cette population a **moins vécu**, que l'ensemble des répondants, une **expérience professionnelle d'encadrement d'équipe paramédicale**.

Par rapport aux trois autres catégories, nous observons une **importante significativité négative avec la raison « envie de porter les valeurs infirmières »** (corrélation = -0,15, t = 2,63). Nous remarquons **deux significativités mineures, une encore négative avec la raison « envie de transmettre votre pratique infirmière »** (corrélation = -0,08, t = 1,44) et **une positive avec la raison « volonté d'évolution professionnelle »** (corrélation = 0,06, t = 1,06).

Très significativement, nous remarquons des liens forts entre cette population et plusieurs autres raisons qui ont incité à devenir formateur/formatrice IFSI : **l'amélioration du revenu salarial** (corrélation = 0,35, t = 6,48), l'influence du milieu familial (corrélation = 0,31, t = 5,70), l'influence de l'entourage amical (corrélation = 0,24, t = 4,34), **la lassitude de la profession infirmière** (corrélation = 0,23, t = 4,12), **l'accès à l'université, à la recherche**

(corrélation = 0,19, t = 3,25), **l'envie de changer de public** (corrélation = 0,18, t = 3,23), l'influence du milieu professionnel (corrélation = 0,16, t = 2,75), l'envie d'accroître leurs connaissances personnelles (corrélation = 0,15, t = 2,59) et **les conditions d'exercice de cette activité professionnelle** (corrélation = 0,15, t = 2,56). À un degré de significativité moindre, nous retrouvons pour cette population la lassitude de la fonction d'encadrement d'équipe paramédicale (corrélation = 0,11, t = 1,94).

Les formateurs/formatrices, faisant partie de cet univers, **pensent moins** que l'ensemble des répondants **qu'il est nécessaire pour être formateur/formatrice en IFSI d'être infirmier/infirmière** (p-value = 0,10 ; Fisher = 2,05).

Dans cette population étudiée actuellement, les personnes ne se présentent pas moins ou plus comme infirmier/infirmière que l'ensemble des répondants (p-value = 0,33 ; Fisher = 1,09).

Au niveau des motivations actuelles par rapport à la profession de formateur/formatrice en IFSI, nous observons, de façon peu significative (corrélation = 0,08, t = 1,45), une **opposition avec le fait de porter les valeurs infirmières**. Nous notons des liens très significatifs avec le **fait d'avoir des activités plus variées** qu'auparavant (corrélation = -0,20, t = 3,35), avec le **fait d'avoir des conditions d'exercice de cette activité professionnelle qui leur conviennent** (corrélation = -0,19, t = 3,30) et avec le **fait d'avoir plus de liberté dans leur travail** qu'auparavant (corrélation = -0,15, t = 2,54). À un degré moindre de significativité, nous retenons un lien avec le **fait d'avoir accès à l'université, à une activité de recherche** (corrélation = -0,12, t = 1,97) et avec le **fait de poursuivre leur évolution professionnelle** (corrélation = -0,10, t = 1,70). Avec une plus faible significativité encore (corrélation = -0,07, t = 1,25), nous identifions un lien avec le fait de travailler avec un autre public que des personnes malades (corrélation = -0,07, t = 1,13).

Cette population a tendance à avoir **davantage de perspectives d'évolution professionnelle** que l'ensemble des répondants, de façon peu significative (p-value = 0,14 ; Fisher = 1,97).

Nous ne notons pas de lien de significativité avec le nombre de formateurs dans l'IFSI d'exercice (p-value = 0,72 ; Fisher = 0,36).

Par contre, nous observons avec une faible significativité (corrélation = -0,09, t = 1,47) que cette population a **sensiblement plus d'étudiants en référence de suivi pédagogique** que l'ensemble des répondants.

Significativement (corrélation = -0,11, t = 1,84), cette population qualifie plus **positivement ses relations avec les intervenants extérieurs universitaires**. Elle fait de même, à un degré moindre, **avec les étudiants en soins infirmiers** (corrélation = -0,09, t = 1,56) et **les formateurs de terrain** (maîtres de stage (corrélation = -0,09, t = 1,56) et tuteurs (corrélation = -0,08, t = 1,30)).

Peu significativement (p-value = 0,12 ; Fisher = 2,15), cette population pense **moins que l'ensemble des répondants qu'il existe une conception partagée de l'activité de formateur/formatrice** dans le travail quotidien de formation.

L'image que cette population pense que leurs collaborateurs se font de leur activité professionnelle est sensiblement perçue **plus négativement chez leurs collègues formateurs** (corrélation = 0,09, t = 1,51) et les équipes administratives (corrélation = 0,08, t = 1,38). Elle est sensiblement perçue **plus positivement chez les maîtres de stage** (corrélation = -0,08, t = 1,36).

Cette population qualifie, peu significativement (corrélation = 0,08, t = 1,35), de **moins présente dans leur activité professionnelle l'ingénierie du dispositif de formation initiale** (corrélation = 0,09, t = 1,61). À l'opposé, les domaines d'intervention suivants sont significativement **plus présents** dans leur activité : **la réalisation d'études et de recherches institutionnelles** (corrélation = -0,11, t = 1,97), **la veille documentaire, réglementaire et institutionnelle** (corrélation = -0,11, t = 1,84) et **la contribution à des projets et à des groupes de travail institutionnels** (corrélation = -0,10, t = 1,67). Enfin à un degré de significativité minime, nous remarquons le travail en lien avec les terrains de stage (corrélation = -0,07, t = 1,25) et l'animation de séquences d'enseignement et de formation (corrélation = -0,07, t = 1,18).

Au niveau des compétences nécessaires pour être formateur/formatrice IFSI, cette catégorie ne met pas en avant de compétences particulières. Mais nous remarquons un **lien très significativement** (corrélation = 0,15, t = 2,67) **négatif avec les compétences infirmières**.

De façon très significative, les indicateurs d'une formation infirmière de qualité sont davantage pour cette population **les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants** (corrélation = 0,23, t = 4,02), **les résultats des étudiants aux évaluations théoriques** (corrélation = 0,21, t = 3,72), **les retours des professionnels de terrain pendant la formation** (corrélation = 0,21, t = 3,62), **les travaux de recherche des étudiants à travers leurs mémoires de fin d'études** (corrélation = 0,20, t = 3,58), **les retours des professionnels de terrain et/ou des employeurs après l'obtention du diplôme d'État**

(corrélation = 0,18, $t = 3,11$) et **les résultats des étudiants en stage** (corrélation = 0,15, $t = 2,57$). De façon moins significative, nous retrouvons le nombre d'étudiants diplômés par rapport au nombre d'étudiants initialement présents dans la promotion concernée (corrélation = 0,13, $t = 2,25$) et le ressenti des étudiants pendant la formation (corrélation = 0,12, $t = 2,02$).

En résumé :

Au niveau du processus biographique (Dubar, 2010), cette population est plus jeune que l'ensemble des répondants et a davantage tendance à avoir des enfants. Elle a exercé moins longtemps en tant qu'infirmier/infirmière et exerce davantage dans l'IFSI où elle a effectué sa formation infirmière, plutôt à temps partiel. Cette population est moins titulaire d'un diplôme de cadre de santé et a moins vécu, que l'ensemble des répondants, une expérience professionnelle d'encadrement d'équipe paramédicale.

Par rapport aux trois autres catégories constitutives de cette typologie, nous relevons une grande significativité négative avec la raison « envie de porter les valeurs infirmières ». Nous remarquons par ailleurs deux significativités mineures : une encore négative avec la raison « envie de transmettre votre pratique infirmière » et une positive avec la raison « volonté d'évolution professionnelle ».

Comme pour les deux catégories précédentes, tous les points ci-dessus associés aux raisons suivantes de devenir formateur/formatrice IFSI (l'amélioration du revenu salarial, la lassitude de la fonction infirmière, l'envie de changer de public, les conditions d'exercice de cette activité professionnelle) peuvent nous faire penser à une fuite encore plus marquée de la profession infirmière vers celle de formateur/formatrice IFSI. Nous pouvons noter également un attrait supérieur pour l'accès à l'université, à la recherche.

Les personnes composant cette catégorie restent dans la moyenne des répondants en ce qui concerne le fait de se présenter encore comme infirmier/infirmière.

Elles ont tendance à avoir davantage de perspectives d'évolution professionnelle que l'ensemble des répondants.

Au niveau du processus relationnel (*Ibid.*) et des motivations actuelles par rapport à la profession de formateur/formatrice IFSI, nous observons à nouveau une opposition avec le fait de porter les valeurs infirmières. Nous remarquons également un lien fort avec le fait d'avoir des activités plus variées qu'auparavant, avec le fait d'avoir des conditions d'exercice de cette

activité professionnelle qui leur conviennent et avec le fait d'avoir plus de liberté dans leur travail qu'auparavant. Puis à un degré moindre de significativité, nous retenons des liens avec le fait d'avoir accès à l'université, à une activité de recherche et avec le fait de poursuivre leur évolution professionnelle.

Les personnes faisant partie de cette catégorie pensent moins que l'ensemble des répondants qu'il est nécessaire pour être formateur/formatrice IFSI d'être infirmier/infirmière et qu'il existe une conception partagée de l'activité de formateur/formatrice dans le travail quotidien de formation.

Elles qualifient globalement leurs relations avec les intervenants extérieurs universitaires plus positivement que l'ensemble des répondants. Elles font de même, à un degré moindre, avec leurs relations avec les étudiants en soins infirmiers et les formateurs de terrain (maîtres de stage et tuteurs).

Pour cette population, nous ne retrouvons pas de compétences plus importantes pour un(e) formateur/formatrice IFSI que chez l'ensemble des répondants. Cependant nous notons que les compétences infirmières sont très significativement moins importantes pour cette catégorie.

Les domaines d'intervention suivants sont plus présents chez cette population dans leur activité professionnelle que chez l'ensemble des répondants : la réalisation d'études et de recherches institutionnelles, la veille documentaire, réglementaire et institutionnelle et la contribution à des projets et à des groupes de travail institutionnels. À l'opposé, l'ingénierie du dispositif de formation initiale est sensiblement moins présente dans leur activité professionnelle.

Pour ces personnes, tous les indicateurs d'une formation infirmière de qualité sont plus importants que chez l'ensemble des répondants.

L'image que cette population pense que leurs collaborateurs se font de leur activité professionnelle est sensiblement plus négative chez leurs collègues formateurs. Elle est perçue plus positivement chez les maîtres de stage.

1.3.5. Synthèse de la démarche de catégorisation

Les deux catégories principales, où les personnes ont évoqué comme raison première de devenir formateur IFSI « la transmission de la pratique infirmière » et « porter les valeurs infirmières », renvoient respectivement à deux logiques de formation distinctes : la formation professionnelle et la formation psycho-sociologique (Fabre, 1994). La formation professionnelle visant plutôt des savoir-faire, tandis que la formation psycho-sociologique s'intéresse plutôt aux savoir-être (*Ibid.*). Ces deux catégories principales, qui n'ont pas de lien de significativité entre elles, inscrivent leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002) dans la continuité avec leur identité héritée (Dubar, 2010) infirmière. Ceci apparaît de façon plus marquée dans la catégorie « transmission de la pratique infirmière ». Les personnes composant ces deux catégories pensent davantage qu'il est impérativement nécessaire d'être ou d'avoir été infirmier/infirmière pour être formateur IFSI, soulignent davantage l'importance des compétences infirmières pour être formateur IFSI (de façon plus marquée pour les personnes du groupe « transmission de la pratique infirmière ») et se présentent davantage encore comme infirmier/infirmière pour les personnes du groupe « transmission de la pratique infirmière ». De plus, les personnes constituant ce dernier groupe ont moins tendance à avoir comme motivation actuelle à leur activité en IFSI la poursuite de leur évolution professionnelle. Nous ne retrouvons cependant pas de significativité sur ce point pour les personnes du groupe « porter les valeurs infirmières ». Les personnes de ces deux catégories ne déclarent pas plus que la moyenne des répondants avoir des perspectives d'évolution professionnelle.

Une différence majeure entre ces deux catégories se situe au niveau du processus relationnel (*Ibid.*). Pour les personnes du groupe « transmission de la pratique infirmière », les relations avec autrui sont globalement qualifiées, par elles-mêmes, de meilleures que la moyenne des répondants, notamment avec leur équipe de Direction, leurs collègues formateurs et les étudiants en soins infirmiers. Nous observons l'inverse avec les personnes du groupe « porter les valeurs infirmières » pour lesquelles les relations avec leur équipe de Direction, leurs collègues formateurs et les étudiants en soins infirmiers sont qualifiées, par elles-mêmes, de moins bonnes que la moyenne des répondants. Au niveau de l'image que leurs collaborateurs se font de leur activité professionnelle, les personnes de la catégorie « transmission de la pratique infirmière » perçoivent une vision plus positive que celle de la moyenne des répondants dans le regard des collègues formateurs et des étudiants sur leur activité. Nous ne retrouvons pas la même tendance avec les personnes de la catégorie « porter les valeurs infirmières ». Pour ces dernières, elles ont une vision plus négative que

celle de la moyenne des répondants concernant le regard des collègues formateurs, des équipes de Direction et des équipes administratives sur leur activité. Nous en déduisons donc que les répondants faisant partie de la catégorie « transmission de la pratique infirmière » se sentent davantage reconnus que la moyenne par leur entourage professionnel (notamment intra-IFSI), à l'inverse de ceux qui composent la catégorie « porter les valeurs infirmières » qui se sentent moins reconnus par leur entourage professionnel immédiat.

En ce qui concerne les deux catégories secondaires où les personnes ont déclaré comme raison principale de devenir formateur IFSI une « volonté d'évolution professionnelle » et « l'envie d'entrer dans l'enseignement », elles ont, toutes les deux, une faible significativité négative avec la catégorie principale « envie de transmettre la pratique infirmière ». La catégorie « envie d'entrer dans l'enseignement » est en opposition importante avec la catégorie « envie de porter les valeurs infirmières ».

La catégorie « envie d'entrer dans l'enseignement » s'inscrit clairement dans la rupture avec l'identité héritée (*Ibid.*) infirmière. Les personnes composant celle-ci pensent moins que l'ensemble des répondants qu'il est impérativement nécessaire d'être ou d'avoir été infirmier/infirmière pour être formateur IFSI et attachent beaucoup moins d'importance que l'ensemble des répondants aux compétences infirmières pour être formateur IFSI. Enfin ils ont davantage de perspectives d'évolution professionnelle et font de celles-ci une forte motivation pour être formateur IFSI. Pour la catégorie « volonté d'évolution professionnelle », la continuité dans le processus biographique (*Ibid.*) reste au niveau de la moyenne des répondants, c'est-à-dire élevée. Cependant des éléments semblent indiquer une rupture avec l'identité héritée (*Ibid.*) infirmière, notamment l'antagonisme avec la raison « envie de transmettre la pratique infirmière » pour devenir formateur IFSI et le fait que les personnes la constituant citent davantage comme motivation actuelle pour exercer l'activité de formateur IFSI la poursuite de leur évolution professionnelle. Cette dernière pourrait les conduire à s'éloigner (encore davantage ?) de la profession infirmière.

Au niveau du processus relationnel (*Ibid.*), les personnes constituant la catégorie « envie d'entrer dans l'enseignement » semblent bénéficier de moins de reconnaissance que celles de la catégorie « volonté d'évolution professionnelle ». Pour ces dernières, leurs relations avec autrui sont qualifiées, par elles-mêmes, de globalement et sensiblement meilleures que la moyenne des répondants. Au niveau de l'image que leurs collaborateurs se font de leur activité professionnelle, les personnes de cette catégorie perçoivent une vision plus positive sur leur activité que celle de la moyenne des répondants dans le regard des

collègues formateurs, des équipes de Direction et des formateurs de terrain (ce qui n'est pas le cas avec les intervenants extérieurs paramédicaux et universitaires pour lesquels nous observons la tendance inverse). Pour les personnes de la catégorie « envie d'entrer dans l'enseignement », leurs relations avec autrui sont qualifiées, par elles-mêmes, de meilleures que la moyenne des répondants avec les intervenants universitaires, les étudiants et les formateurs de terrain. Mais au niveau de l'image que leurs collaborateurs se font de leur activité professionnelle, ces personnes perçoivent une vision plus négative sur leur activité que celle de la moyenne des répondants dans le regard des collègues formateurs et des équipes administratives (la vision est positive quand il s'agit des maîtres de stage). Enfin ces personnes pensent moins que la moyenne que, dans le travail quotidien de formation, il existe une conception partagée de l'activité de formateur/formatrice. Ceci nous amène donc à penser que les personnes de la catégorie « envie d'entrer dans l'enseignement » se sentent moins reconnues que celles de la catégorie « volonté d'évolution professionnelle ».

Afin de synthétiser sous forme de tableau notre démarche de catégorisation, nous pouvons mettre en lien ces profils identitaires en nous inspirant des formes que dégage Dubar (2010), en substituant cependant dans ce modèle les identités investies dans le présent aux identités visées. Comme précisé précédemment, les identités visées ne nous paraissent pas accessibles par le biais de ce questionnaire.

Tableau 6 : Quatre catégories de formateurs IFSI issues du questionnaire

Identité pour soi	Identité pour autrui	Transaction objective	
		Reconnaissance	Non-reconnaissance
Transaction subjective	Continuité	Catégorie « envie de transmettre leur pratique infirmière »	Catégorie « envie de porter les valeurs infirmières »
	Rupture	Catégorie « volonté d'évolution professionnelle »	Catégorie « envie d'entrer dans l'enseignement »

1.4. Conclusion de l'analyse quantitative

Le processus biographique (Dubar, 2010), qui relie l'analyse de la trajectoire antérieure et les perspectives de l'avenir par une transaction interne, subjective entre les identités héritées et les identités visées, révèle globalement un changement professionnel dans la continuité d'infirmier vers formateur IFSI.

Au niveau des identités héritées, nous dégagons un profil type de ce corpus de formateurs qui est très majoritairement féminin (82,9 % des répondants), qui présente un âge moyen de 49 ans, qui vit en couple (80,8 % des répondants) avec un ou des enfants (88,2 % des répondants). Les formateurs IFSI ayant répondu à notre questionnaire sont titulaires d'un baccalauréat le plus souvent général (74,7 % des répondants).

Les formateurs IFSI ont une identité héritée infirmière commune, mais qu'en est-il actuellement au niveau de leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002) ? Une très forte proportion des répondants se présente et se définit encore comme infirmier ou infirmière (79,7 % des personnes interrogées). Les formateurs IFSI s'inscrivent donc en grande partie dans la continuité vis-à-vis de leur identité héritée infirmière au niveau de leur identité investie dans le présent. Ils ont par ailleurs exercé comme infirmier environ quinze ans principalement en services de médecine ou de chirurgie (65,7 % des répondants), de réanimation ou d'urgence (46,7 % des répondants). Ils sont majoritairement cadres de santé (96 % des répondants) et formateurs à temps plein (86,3 % des répondants) depuis une dizaine d'années. Une expérience d'encadrement d'équipe paramédicale est présente pour les deux tiers d'entre eux (68,6 %) et un peu plus de la moitié (56,9 %) est titulaire d'un master. Un tiers d'entre eux (34 %) a pris ses fonctions de formateur avec un statut de faisant-fonction. Nous relevons également le peu de mobilité de cette population : près de la moitié (42,3 %) exerce actuellement dans l'IFSI où ils ont réalisé leur formation infirmière initiale.

Au niveau des identités visées par les personnes interrogées, la fonction de formateur IFSI n'est pas systématiquement l'aboutissement d'une carrière professionnelle. En effet un peu plus de la moitié des formateurs interrogés (53,4 %) a des perspectives d'évolution professionnelle qui peuvent être diverses : cadre supérieur de santé, cadre de proximité manager, poste de Direction, formateur/formatrice hors IFSI, recherche... Chaque évolution envisagée peut être perçue par l'intéressé dans une dynamique de continuité ou de rupture avec ses identités héritées, ce qui conduit au fait que cette donnée reste peu exploitable en l'état.

Le processus relationnel (Dubar, 2010), qui se construit dans l'espace à un moment donné à travers une transaction objective entre les identités assumées (incorporées, voire revendiquées) par les professionnels et les identités attribuées par les partenaires institutionnels, révèle une reconnaissance incertaine.

Au niveau de leurs identités assumées, les formateurs interrogés sont principalement motivés vis-à-vis de leur profession par l'idée de porter les valeurs infirmières (70,5 % des formateurs interrogés ont répondu « très important » et 26,4 % « important » à la question relative aux motivations professionnelles) et de s'enrichir intellectuellement (67,2 % des formateurs interrogés ont répondu « très important » et 29,4 % « important »). Puis nous relevons le fait de transmettre leurs savoirs, savoir-être, savoir-faire infirmiers (45,3 % des formateurs interrogés ont répondu « très important » et 46 % « important » à cette question) et de poursuivre leur évolution professionnelle (35,2 % des formateurs interrogés ont répondu « très important » et 47,5 % « important »). Les domaines d'intervention spécifiques à l'activité de formation principalement revendiqués sont l'enseignement (perçu par 73 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), l'évaluation (perçue par 72,6 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), l'accompagnement des étudiants (perçu par 67,8 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), l'analyse des activités (perçue par 55,5 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), les guidances dans les travaux de recherche (perçue par 53,4 % des répondants comme « très présent » dans leur activité), l'ingénierie de formation (perçue par 55,2 % des répondants comme « très présent » dans leur activité) et la recherche d'intervenants (perçue par 52,2 % des répondants comme « très présent » dans leur activité). Les principales compétences mises en avant par les formateurs IFSI dans leur activité professionnelle sont les compétences communicationnelles (90,2 % des répondants les estimant « très importantes ») et les compétences d'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation (88,9 % des répondants les estimant « très importantes »). Elles sont suivies des compétences managériales (63,3 % des répondants les estiment « très importantes » pour 36 % qui les jugent « importantes »), des compétences d'enseignement (62,2 % des répondants les estiment « très importantes » pour 36,5 % qui les jugent « importantes ») et des compétences d'ingénierie de formation (52,9 % des répondants les estiment « très importantes » pour 44,1 % qui les jugent « importantes »). Malgré leur absence dans le document de travail de 2012 de la DGOS, les compétences infirmières sont bien présentes dans l'esprit des formateurs IFSI : près de neuf formateurs sur dix les ont qualifiées d'importantes (46,1 %) ou de très importantes (43,1 %). Nous percevons un fort sentiment d'appartenance à un groupe professionnel chez les formateurs IFSI interrogés à travers l'existence d'une conception

partagée de l'activité de formateur/formatrice perçue par 70,1 % d'entre eux et l'impérative nécessité d'être ou d'avoir été infirmier/infirmière pour être formateur/formatrice en IFSI indiquée par 94 % d'entre eux. Enfin les trois indicateurs principaux mis en avant par les répondants d'une formation infirmière de qualité sont tous en lien avec le regard d'autrui : les retours des professionnels de terrain et/ou des employeurs après l'obtention du diplôme d'État, le ressenti des étudiants pendant la formation et les retours des professionnels de terrain pendant la formation.

Au niveau des identités attribuées, les formateurs IFSI interrogés qualifient majoritairement toutes les relations professionnelles questionnées de bonnes (le taux de réponses variant de 57,8 % à 76,4 % en fonction des différents collaborateurs), voire de très bonnes (dans le cas des relations avec les étudiants en soins infirmiers qui sont qualifiées de « très bonnes » par 55,7 % des répondants). Toutefois nous avons également noté que l'image perçue par les formateurs IFSI de leurs différents collaborateurs sur leur activité professionnelle est moins positive dès lors que ces collaborateurs exercent à l'extérieur de leur IFSI. Au niveau de la reconnaissance, si le jugement d'utilité (Dejours, 2003) des subordonnés (ici les étudiants) et des supérieurs hiérarchiques semble positif vis-à-vis des indicateurs posés (image perçue de l'activité professionnelle et relations avec autrui), cela semble moins évident pour le jugement de beauté (*Ibid.*), notamment en ce qui concerne les cadres de santé managers. Les entretiens menés ultérieurement permettront d'approfondir cette question de la reconnaissance professionnelle.

Cette approche quantitative, à visée descriptive, nous permet, en l'absence de données précises concernant les formateurs IFSI, d'identifier cette population et d'avoir un aperçu de ses processus biographiques et relationnels (Dubar, 2010) à travers son cursus et son parcours professionnel, son rapport à l'activité professionnelle, son rapport aux autres et sa pratique au quotidien. Nous avons ainsi mis en avant un changement dans la continuité au niveau du processus biographique et une reconnaissance incertaine au niveau du processus relationnel. Si nous avons relevé qu'environ la moitié (53,4 %) des formateurs IFSI interrogés a des perspectives d'évolution professionnelle, un questionnaire ne nous permet pas de percevoir le projet de Soi pour soi (Kaddouri, 2002) des formateurs interrogés. Nous ne pouvons saisir pour le moment avec précision si cette évolution se traduira par une rupture ou une continuité dans le processus biographique des répondants.

L'analyse de ce questionnaire nous a également permis d'élaborer ce que nous considérons comme l'esquisse d'une typologie des formateurs IFSI en associant certaines variables en attirance autour de leurs identités professionnelles.

Les entretiens menés dans la seconde partie de terrain de ce travail de recherche, sous un mode qualitatif et compréhensif, permettront en accédant à la logique interne des individus de préciser les identités héritées (Dubar, 2010) des formateurs, de saisir leurs identités investies dans le présent (Gravé, 2002), d'approfondir leurs identités visées (Dubar, 2010) et ainsi de clarifier leur processus biographique identitaire (*Ibid.*). Ils permettront également de détailler les identités assumées et attribuées (*Ibid.*) des formateurs IFSI et ce faisant de révéler plus précisément leur processus relationnel identitaire (*Ibid.*). L'accès à la logique interne des individus par leurs discours, en utilisant une approche qualitative et compréhensive, permettra de saisir le sens donné par les formateurs IFSI à leur parcours et à leur rapport aux autres et à leur activité professionnelle. Ainsi nous serons à même de percevoir et de comprendre les dynamiques identitaires (Kaddouri, 2002) des formateurs IFSI interviewés à travers leurs projets de Soi pour soi (*Ibid.*) devenus perceptibles.

2. Analyse qualitative

L'analyse de contenus du corpus de données issu des quinze entretiens réalisés dans une visée compréhensive a été effectuée par la succession des trois types d'analyse existants (Blanchet & Gotman, 2010) : l'analyse lexicale, l'analyse par entretien et l'analyse thématique.

2.1. Analyse lexicométrique

Notre corpus est constitué de quinze entretiens semi-directifs auprès de formateurs en IFSI. Ces entretiens ont été intégralement retranscrits, puis convertis au format texte (.txt) en enlevant nos interventions, avant d'être insérés dans IRaMuTeQ.

2.1.1. Présentation générale

Tableau 7 : Occurrences, formes et hapax relevés dans les discours des 15 formateurs IFSI interrogés

Résumé
Nombre de textes : 15
Nombre d'occurrences : 106254
Nombre de formes : 3298
Nombre d'hapax : 1246 (1.17%des occurrences - 37.78% des formes)
Moyenne d'occurrences par texte : 7083.60

Le corpus ainsi traité représente 106 254 occurrences pour 3 298 formes différentes (dont 1 246 hapax, soit 37,78 % des formes et 1,17 % des occurrences).

Tableau 8 : Formes actives présentes dans les discours des 15 formateurs IFSI interrogés

Forme	Freq.	Types
aller	667	ver
infirmier	546	nom
cadre	505	nom
chose	496	nom
penser	476	ver
étudiant	462	nom
voir	363	ver
formateur	306	adj
formation	258	nom
trouver	230	ver
vraiment	218	adv
passer	217	ver
rapport	198	nom
terrain	197	nom
temps	188	nom
ifsi	187	nr
travailler	177	ver
année	172	nom
prendre	161	ver
sentir	158	ver
travail	155	nom
valeur	155	nom
santé	154	nom
soin	151	nom
venir	148	ver
stage	144	nom

Parmi les formes actives les plus fréquentes, nous trouvons notamment par ordre décroissant infirmier (546 occurrences), cadre (505 occurrences), étudiant (462 occurrences), formateur (306 occurrences) et formation (258 occurrences).

Ce corpus a ensuite été soumis à une analyse selon la méthode Reinert (1983, 1990) qui repose sur le croisement des segments de texte avec les formes actives du corpus à partir d'un tableau de présence/absence.

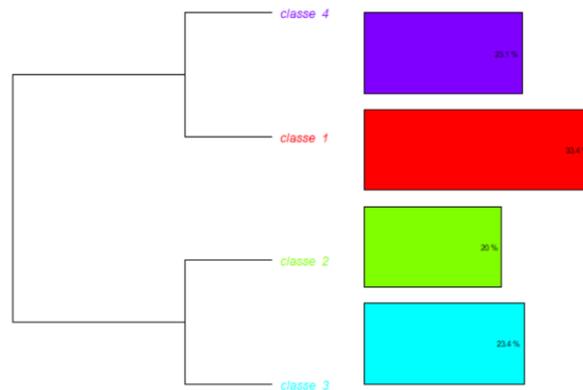
Tableau 9 : Segmentation du discours des 15 formateurs IFSI interrogés

Nombre de textes: 15
 Nombre de segments de texte: 2961
 Nombre de formes: 5213
 Nombre d'occurrences: 106254
 Nombre de lemmes: 3298
 Nombre de formes actives: 2908
 Nombre de formes supplémentaires: 390
 Nombre de formes actives avec une fréquence >= 3: 1267
 Moyenne de formes par segment: 35.884498
 Nombre de classes: 4
 2423 segments classés sur 2961 (81.83%)

Le logiciel IRaMuTeQ a ainsi découpé notre corpus en 2 961 segments de texte de 36 formes en moyenne. 2 423 segments de texte (soit 81,83 % du total) ont ainsi été répartis en quatre classes.

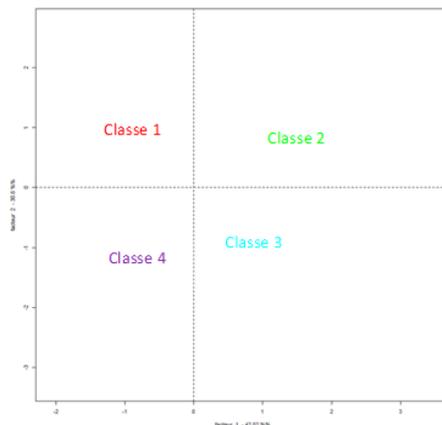
L'objectif de cette analyse « *qui opère par bipartitions successives du tableau sur la base d'une analyse factorielle des correspondances, est de réunir les segments de texte qui ont tendance à contenir les mêmes formes dans des ensembles que l'on nomme "classe" »* (Ratinaud & Marchand, 2015, p. 62). Nous pouvons ainsi, à partir de la Classification Hiérarchique Descendante élaborée, dégager les univers principaux des discours des personnes interviewées.

Graphique 118 : Dendrogramme des classes constitutives des discours des 15 formateurs IFSI interrogés



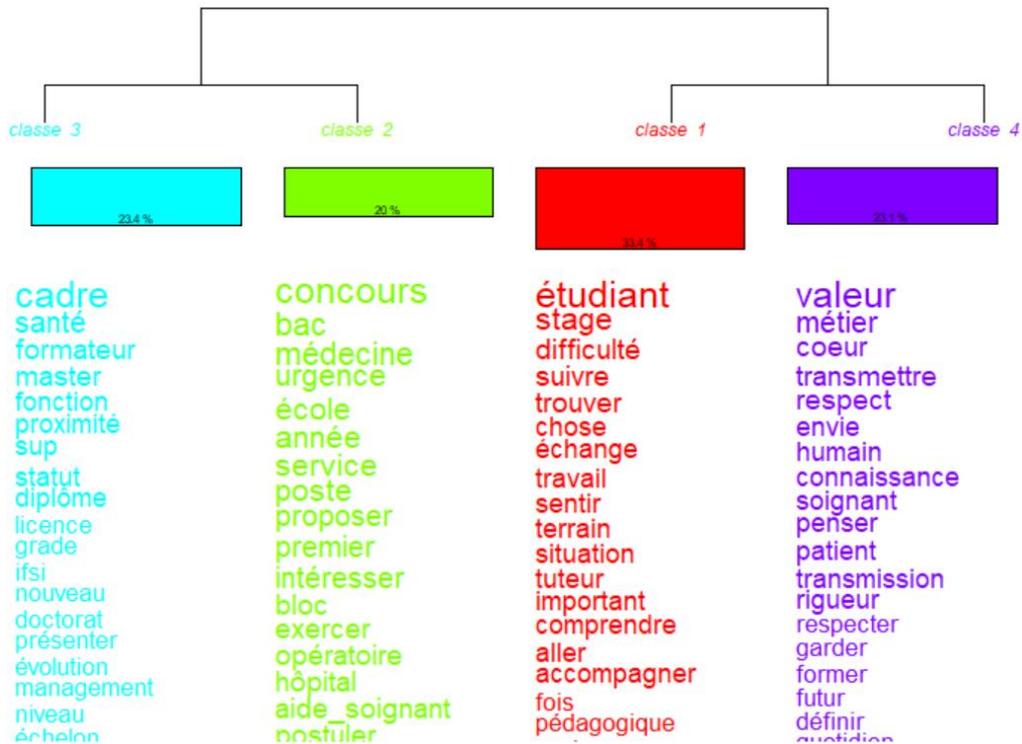
Ce dendrogramme met donc en évidence les quatre classes constitutives des discours des quinze formateurs en IFSI interrogés. La classe 1 est la plus importante, elle représente 33,4 % des segments classés. Les trois autres classes sont homogènes en termes de taille (environ 20 % des segments classés pour chacune). Nous remarquons que les classes 1 et 4 se rapprochent, tout comme les classes 2 et 3. En revanche, ces deux entités (classes 1 et 4 d'un côté et classes 2 et 3 de l'autre) sont éloignées au niveau du discours.

Graphique 119 : Analyse factorielle des correspondances du discours des 15 formateurs IFSI



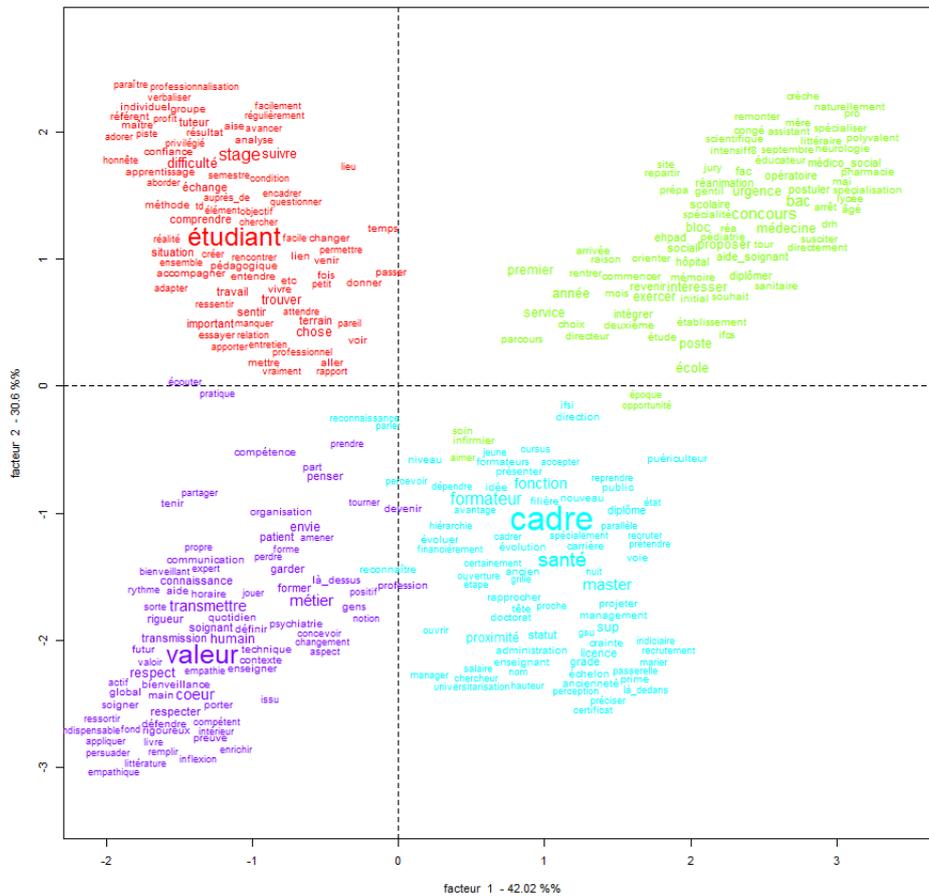
L'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) illustre cette répartition des classes. Deux axes permettent d'envisager des variables (facteur 1 en abscisse, facteur 2 en ordonnée) en fonction des catégories des discours.

Graphique 120 : Dendrogramme des formes actives présentes dans les 4 classes constitutives des discours des 15 formateurs IFSI interrogés



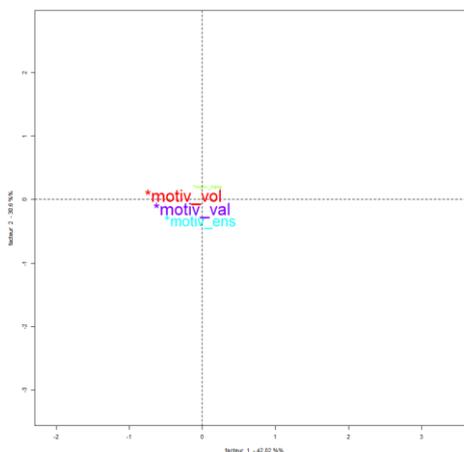
Ce dendrogramme montre les formes actives les plus fréquentes présentes dans chacune de ces quatre classes. Nous remarquons que la forme active « infirmier » qui a le nombre d'occurrences le plus important du corpus derrière le verbe aller n'est pas représentée dans ces différentes classes. Cette occurrence est présente dans chacune des classes sans être représentative d'une en particulier, ce qui est souvent le cas de l'occurrences principale qui se retrouve dans toutes les classes. Ce qui fait la spécificité d'une classe se sont plutôt des termes avec un nombre d'occurrences plus réduit et donc davantage caractéristique.

Graphique 121 : Analyse factorielle des correspondances des formes actives issues du discours des 15 formateurs IFSI



L'AFC ci-dessus représente les formes actives, les plus fréquentes de chaque classe, en fonction des facteurs 1 et 2.

Graphique 122 : Lien entre analyse factorielle des correspondances issues du discours des 15 formateurs IFSI et la typologie des formateurs IFSI issue du questionnaire



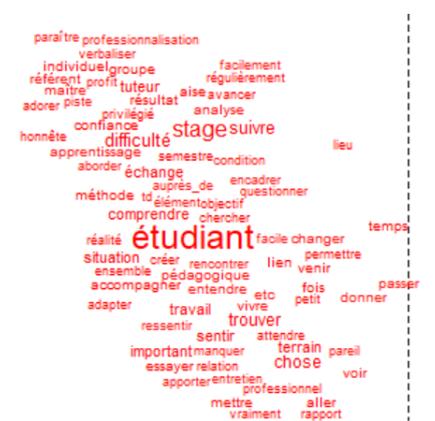
Cette AFC met en lien les classes obtenues à partir des discours des personnes interrogées avec la typologie des formateurs IFSI issue de l'enquête quantitative. Nous remarquons que les discours issus des différentes catégories de la typologie élaborée précédemment convergent vers le centre de l'AFC et semblent donc présenter de nombreuses similitudes et peu de différences.

À partir des quatre classes révélées et des formes actives les constituant, nous pouvons à présent caractériser ces différents univers de discours.

2.1.2. Analyse des quatre classes issues des discours des formateurs IFSI interrogés

2.1.2.1. Classe 1 : l'accompagnement de l'étudiant

Graphique 123 : Univers lexical de la classe 1



La classe 1 est la plus importante du corpus, représentant 810 des 2 423 segments classés, soit 33,4 % du total. Elle fait apparaître un vocabulaire lié à l'activité de formateur. L'étudiant est au centre du discours. La formation infirmière étant une formation professionnelle basée sur une alternance entre les temps en IFSI et les temps de stage, nous retrouvons ici à une place importante le mot « stage » entouré d'autres mots se rapportant à celui-ci : « difficulté », « suivre », « tuteur », « maître », « référént ». Autour du mot « étudiant », nous observons également la présence de mots liés à l'accompagnement

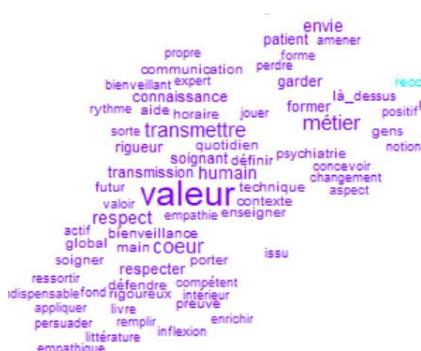
pédagogique : « accompagner », « pédagogique », « rencontrer », « comprendre », « entendre », « ensemble », « lien », etc.

Nous notons que cet univers lexical en lien avec l'activité de formateur fait référence à une posture d'accompagnateur dans une perspective de réalisation de soi (Pratt, 1998).

2.1.2.2. Classe 4 : la transmission des valeurs de la profession infirmière

Nous allons maintenant aborder la classe 4 qui, proche de la classe 1, représente 560 des 2 423 segments classés (soit 23,11 % du total).

Graphique 124 : Univers lexical de la classe 4



Cet univers lexical est constitué d'éléments se rapportant aux valeurs du métier enseigné. Le mot « valeur » est d'ailleurs central, encadré des termes « cœur », « métier », « humain », « empathie », « soignant ». Le fait de transmettre ces valeurs soignantes est également prégnant à travers les termes « transmission » et « transmettre ». Enfin certaines valeurs sont citées : le « respect », la « rigueur », la « bienveillance ». Ainsi l'univers lexical constitutif de cette classe nous éclaire sur les valeurs infirmières souvent évoquées jusque-là.

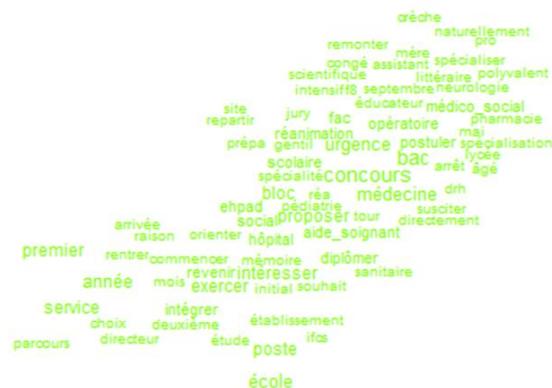
Nous relevons que cet univers lexical en lien avec la transmission des valeurs infirmières fait référence à une posture d'agent de changement dans une perspective de réforme sociale (*Ibid.*).

Nous rappelons que les classes 1 et 4 sont proches dans les discours et remarquons qu'elles sont relatives aux postures des formateurs interrogés dans le cadre de leur activité professionnelle. La classe 1 s'inscrit dans une perspective de réalisation de soi pour le formé avec une posture d'accompagnateur pour le formateur, tandis que la classe 2 se réfère à la transmission des valeurs de la profession pour le formé avec une posture d'agent de changement pour le formateur. Nous notons alors que la posture de médiateur qui devrait être privilégiée dans la formation infirmière (Boissart, 2017), qui repose sur une approche socio-cognitive et socio-constructiviste, n'apparaît ici pas dans le discours des formateurs interrogés.

2.1.2.3. Classe 2 : parcours scolaires et professionnels

La classe 2 est, avec la classe 3 dont elle est proche, distante des classes 1 et 4 que nous venons d'examiner. Elle représente 485 des 2 423 segments classés, soit 20,02 % du total.

Graphique 125 : Univers lexical de la classe 2



La classe 2 fait référence aux parcours scolaires et professionnels des formateurs interrogés. Nous retrouvons des termes en lien avec les études secondaires : « bac », « lycée », « scolaire ». Le mot central de cet univers est « concours » qui correspond aux concours d'entrée en IFSI ou en spécialisation par exemple. Pour certains, l'entrée en formation s'est produite par la promotion professionnelle alors qu'ils étaient « aide(s)-soignant(s) ». Puis nous relevons un vocabulaire faisant référence au parcours professionnel infirmier, qui varie bien évidemment selon les personnes interrogées : « médecine », « urgence », « réanimation », « médico-social », « neurologie », « hôpital », « EHPAD ». Ce

2.1.3. Synthèse de l'analyse lexicométrique

Rappelons en préambule que les classes 1 et 4, tout comme les classes 2 et 3 sont liées au niveau du discours. À partir de l'analyse précédemment effectuée, nous avons nommé les quatre classes de ce corpus comme suit.

La classe 1, à travers les mots « étudiant », « stage », « difficulté », « suivre », « tuteur », « maître », « référent », « accompagner », « pédagogique », « rencontrer », « comprendre », « entendre », « ensemble », « lien », renvoie à l'activité de formateur, à travers une posture d'accompagnement. Dans la classe 4, les principaux mots utilisés (« valeur », « cœur », « métier », « humain », « empathie », « soignant », « transmission », « transmettre », « respect », la « rigueur » et la « bienveillance ») concernent les valeurs liées au métier d'infirmier et la transmission de celles-ci. Cette classe renvoie à une posture d'agent de changement du formateur. Nous remarquons que la posture de médiateur qui devrait être centrale dans la formation infirmière (Boissart, 2017) n'apparaît pas ici dans le discours des formateurs interrogés. Ces derniers semblent privilégier les postures d'accompagnateur et d'agent de changement.

Les classes 2 et 3 sont liées aux trajectoires professionnelles des personnes interviewées. La classe 2 fait référence aux parcours scolaires et professionnels jusqu'à ce jour des formateurs IFSI interrogés, à travers les mots « concours », « bac », « lycée », « scolaire », « médecine », « urgence », « réanimation », « médico-social », « neurologie », « hôpital », « EHPAD », « spécialisation », « spécialité », « bloc opératoire » ou encore « pédiatrie ». L'univers lexical de la classe 3 (« cadre », « santé », « formateur », « master », « fonction », « statut », « diplôme », « licence », « master », « doctorat », « grade », « échelon », « évolution », « proximité », « management ») évoque le statut des formateurs interrogés et leur évolution professionnelle à travers leurs identités visées possibles.

Après avoir nommé ces quatre classes, nous pouvons les représenter sur l'AFC tout en identifiant les facteurs 1 et 2 qui correspondent respectivement à l'abscisse et à l'ordonnée. Le facteur 1 désigne deux axes dans le discours des interrogés : un individuel relatif à leur parcours, à leur statut et à leurs perspectives professionnelles et un collectif plus en rapport à l'activité de formateur au sens large. Le facteur 2 correspond aux axes clinique et théorie du discours des formateurs IFSI. L'axe clinique est en lien avec les parcours professionnels infirmiers des formateurs et avec l'accompagnement des étudiants notamment au niveau des

2.2. Analyse verticale entretien par entretien

2.2.1. Analyse de l'entretien d'Aurore

Aurore exerce dans un Centre Hospitalier Universitaire depuis bientôt trois ans au moment de l'entretien⁴. Ce dernier a duré 71 minutes et s'est déroulé dans un cadre privé, de façon détendue. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Aurore fait partie de la catégorie des formateurs qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice, leur envie d'entrer dans l'enseignement.

Regard sur les identités héritées

Aurore est âgée de 35 ans, en couple et mère d'une fille de cinq ans. Des problèmes de santé l'ont conduite à être régulièrement hospitalisée durant son enfance et son adolescence et l'ont amenée à la suite de son baccalauréat à s'engager dans des études infirmières. Son passé de patiente l'a donc entraînée vers une profession du soin après avoir cependant hésité avec une carrière artistique. Elle s'est orientée vers le soin, plus précisément la profession d'infirmière, car elle « *ne voulait pas partir pour de trop longues études* ». Après avoir obtenu son bac ES en 2001, elle est donc entrée en IFSI en région parisienne. Diplômée infirmière en 2004, elle a exercé en région parisienne dans plusieurs services de pédiatrie jusqu'en 2008. Puis Aurore a déménagé en province pour suivre son mari et a effectué une spécialisation d'infirmière puéricultrice en 2009. À l'issue de cette formation, elle a pu prendre un poste de directrice de crèche de 2010 à 2016. En février 2016, elle est devenue formatrice IFSI sous un statut de faisant-fonction. Puis elle vient de réaliser de septembre 2017 à juin 2018 une année de formation en IFCS où elle a obtenu son diplôme de cadre de santé et, conjointement, un master en management. Elle ne mentionnera d'ailleurs ce dernier que tardivement dans l'entretien.

Son arrivée en IFSI correspond à une « *conjugaison de plusieurs choses à la fois sur le plan perso et professionnel* ». Tout d'abord sont mentionnés une envie, un besoin de mieux

⁴ Cf. annexe 2

concilier vie personnelle et vie professionnelle. En effet, étant devenue maman en 2014, l'amplitude horaire et la charge mentale importante inhérente à sa fonction de directrice de crèche ne lui permettaient plus cet équilibre entre la sphère privée et la sphère professionnelle. Nous retrouvons dans son discours également une appétence depuis son diplôme infirmier pour la formation : investissement dans l'encadrement des étudiants en stage dans son parcours hospitalier, intervenante extérieure dans les modules de l'ancien programme de formation en lien avec la pédiatrie, participation à des jurys du diplôme d'État de puéricultrice, dispensation de cours en Institut Régional du Travail Social (IRTS)... Parmi les quatre motivations principales proposées pour devenir formatrice en IFSI, Aurore a retenu son envie d'entrer dans l'enseignement. Elle a hésité au moment de franchir le pas, demandant un délai de réflexion de quelques semaines en lien avec le changement de statut à venir : passage d'un statut cadre à un statut de faisant-fonction et passage d'un contrat à durée indéterminée à un contrat à durée déterminée de trois mois.

Regard sur l'identité investie dans le présent

Après une affirmation franche d'une rupture avec l'identité infirmière (« *Après non, je ne suis plus infirmière. Moi ça fait dix ans quoi, que j'ai pas exercé en tant qu'infirmière.* », « *Mais après c'est plus mon métier* »), la nuance s'installe et le discours devient plus ambivalent : « *On reste l'infirmier dans sa famille, pour ses amis...* », « *Y a une part, parce que ça fait partie de moi et que j'ai été infirmière et que je me sens toujours rattachée à cette profession* », « *Donc ça ne convenait pas à un chirurgien qu'une simple petite infirmière n'accède pas à sa demande* » en relatant un conflit professionnel récent.

Sa présentation est variable selon les interlocuteurs, mais avec comme constante la référence au passé infirmier : « *On a tendance à se, à se référer à notre passé quand même, à notre exercice d'actif soignant [...] A se dire qu'on a été infirmier ou infirmière issu(e) de telle spécialité. [...] Enfin moi en tout cas, c'est vrai que j'ai tendance à me présenter en tant que puéricultrice* ». Aux collègues formateurs et aux étudiants, Aurore se « *présente comme cadre de santé maintenant et ancienne puéricultrice ayant exercé à moitié dans le milieu hospitalier, à moitié dans le management* ». Aux infirmières de terrain, elle se présente comme la formatrice de l'IFSI. Par contre aux maîtres de stage, qui sont bien souvent cadres de santé de proximité, Aurore se présente comme cadre de santé, car elle considère être leur pair, sans l'être totalement... Aux universitaires et aux intervenants extérieurs, Aurore dit avoir du mal à se présenter comme formatrice : « *Je me présente plus comme infirmière ou comme cadre de santé maintenant* », « *c'est vrai qu'on a peut-être plus de mal peut-être à dire je suis*

formatrice ». Enfin au niveau du grand public, c'est plus compliqué selon elle : « *Quand tu dis formateur en IFSI... Alors déjà IFSI ça parle pas forcément. Donc souvent il faut dire école d'infirmiers, école d'infirmières parce que c'est le terme...* ». Un exemple précis vient illustrer l'évolution dans les identités assumées d'Aurore : celui du port de la blouse, symbole de l'identité infirmière, lors des suivis de stage. Son positionnement a évolué, d'un plaisir, cela est devenu une sorte de gêne : « *Autant y a un an et demi ou deux ans en arrière, j'aurais vu le plaisir quelque part de remettre l'habit de l'infirmière* », alors que « *maintenant j'ai l'impression de me déguiser. Ça me gêne parce que je ne me sens pas à ma place quand je mets la blouse. Je me dis que j'ai pas à la mettre. Car la blouse c'est justement un statut particulier vis-à-vis du patient, c'est un moyen de se présenter au public. Et j'ai pas à me présenter au public puisque je viens pour voir un étudiant* ».

Regard sur les identités visées

Aurore souhaite rester dans la formation, mais pas nécessairement dans la formation infirmière initiale. En lien avec sa spécialité IDE, elle envisage de devenir formatrice en école de puéricultrices. Elle n'exclut pas l'idée de devenir enseignant-chercheur (« *Je pense que c'est l'avenir si j'ai envie de rester dans la pédagogie justement avec l'intégration organique à l'Université à venir. A terme, un doctorat pour pouvoir intégrer ce type de poste, ça me fait peur mais en même temps je pense que c'est un beau challenge* ») mais pas à court terme.

Regard sur les identités assumées

Aurore évoque une baisse de la charge mentale à son arrivée en IFSI, par rapport à son précédent poste de directrice de crèche : « *Le fait de pouvoir rentrer chez moi le soir et que je... Les étudiants tu sais qu'ils sont en sécurité quelque part... [...] La charge de travail, elle reste quand tu reviens mais tu... L'urgence entre guillemets elle est plus relative* ».

Aurore est attachée aux valeurs infirmières, qu'elle avait citées en deuxième motivation pour devenir formatrice IFSI, et qui semblent être une motivation principale de sa profession. Elle les définit ainsi : « *C'est l'altruisme... Ouais l'envie d'aider son prochain... Sans être dans quelque chose de religieux... Ouais c'est faire le bien et...* ». Transmettre celles-ci est le plus important pour elle dans sa profession : « *Le plus important pour moi c'est... Enfin je suis satisfaite quand j'arrive à faire partager des choses aux étudiants où ils prennent conscience que soigner... Enfin... Que soigner quelqu'un c'est... Prendre soin d'autrui, c'est considérer la*

personne que l'on a en face de soi et par des petites choses justement, dans cette notion de faire le bien... ». Aurore dit avoir trouvé partiellement en IFSI ce qu'elle était venue y chercher au-delà du fait d'enseigner : une réduction de la charge mentale, mais un temps de travail supérieur à ce qu'elle avait imaginé.

Aurore pense qu'elle est là pour accompagner les étudiants, les guider : *« Le but c'est pas de les formater tous à faire la même chose et guider chacun dans son profil, dans son chemin. Et leur poser des balises ».* Cet accompagnement est individualisé : *« enfin je me rends compte qu'il y a pas deux étudiants que tu accompagnes de la même façon ».* Elle privilégie dans sa pratique l'écoute et la disponibilité afin de créer une relation de confiance avec les étudiants et ainsi pouvoir les guider de façon individualisée : *« Donner des cours c'est une chose. Mais les accompagner c'est autre chose ».* Son discours est globalement très centré sur les étudiants et sur une prise en charge individualisée de ceux-ci. Ceci transparait dans les différentes activités évoquées lors de l'entretien. Tout d'abord au niveau de la guidance des mémoires de fin d'études avec cette idée de laisser les étudiants à la fois autonomes, tout en les guidant. Ce souci de l'individualisation est bien présent : *« de m'adapter à eux car voilà chacun va à son rythme et c'est d'essayer de suivre le rythme de l'étudiant. Mais aussi pour certains, ils ont besoin d'échéances, de limites », « poser un cadre mais sans être directif », « Encore une fois, c'est s'adapter à chacun ».* Nous retrouvons les mêmes éléments (centration et individualisation) au niveau des suivis de stage (*« Dans le suivi de stage, on est centré sur l'étudiant »*) et au niveau des suivis pédagogiques individuels (*« Encore une fois, c'est apporter à chacun ce dont il a besoin. [...] Mais encore une fois, après c'est variable d'un étudiant à l'autre »*).

Au niveau des compétences primordiales perçues pour être formateur en IFSI, Aurore met en avant les compétences en ingénierie pédagogique. Elle pense qu' *« il faut oser faire des choses dans l'ingénierie pédagogique. Il faut s'adapter ».* Il faut faire preuve d'adaptabilité, de créativité. Puis elle évoque les compétences organisationnelles : *« il faut être organisé, faut savoir gérer son temps ».* Les compétences communicationnelles sont présentes sans être nommées explicitement : *« la capacité quelque part à se mettre en scène, à être orateur en public », « savoir travailler en équipe, ça aussi c'est indispensable... ».* Les compétences infirmières ne sont pas spontanément citées et Aurore ne les trouve primordiales qu'à certaines conditions : *« si t'es sur les compétences « cœur de métier », t'en as besoin ouais. Après sur le... Je sais pas, ça reste... ».* Enfin les compétences d'accompagnement bien que largement évoquées dans le discours ne sont pas mentionnées en tant que telles.

Après une période d'environ deux ans en tant que faisant fonction de formatrice en IFSI, Aurore a effectué une année de formation en IFCS qui s'est achevée quelques mois avant notre entretien. Au cours de cette année de formation, elle a, conjointement au diplôme cadre de santé, obtenu un master en management. Sa position de formatrice en IFSI est donc maintenant légitimée par ses diplômes.

Regard sur les identités attribuées

Au niveau institutionnel, Aurore ne sent pas du tout reconnue : « *on a une Direction qui je pense, ne valorise pas du tout la fonction de formateur.* ». Elle relie cela à une histoire institutionnelle : « *sans doute un passif historique à ça, avec le fait que certains formateurs sont arrivés ici parce qu'ils ne convenaient pas en tant que cadre de santé en unité de soins. Donc il y a une tendance à mettre à l'IFSI ceux qui ne sont pas performants en tant que manager* ». Elle a notamment cette phrase très dure : « *si on n'est pas très bon, on fera pas trop de mal en IFSI* ». Elle évoque son précédent DRH qui « *a clairement énoncé en cours que formateur c'était pas un métier. Que c'était qu'une fonction qu'on pouvait exercer trois ans maximum parce qu'après il fallait retourner en unité de soins. Le vrai métier de cadre c'est celui d'encadrer des équipes, c'est le métier de manager [...] Formateur c'est pas un métier. On peut tous, tout le monde peut aller voir un étudiant en stage justement c'est pas compliqué* ». La reconnaissance financière n'est pas non plus au rendez-vous pour Aurore, ceci en lien avec son changement de statut lors de son arrivée en IFSI : « *Je suis rémunérée comme une puéricultrice débutante. [...] Donc ce qui fait un salaire qui n'est quand même pas exceptionnel, alors que cela fait maintenant plus de huit ans que je suis sur des postes dits de cadre. Et même en étant maintenant diplômée, j'attends d'accéder au statut de cadre de santé au sein de mon Institution* ».

Aurore se sent reconnue par les personnes qu'elle côtoie quotidiennement au sein de l'IFSI : collègues formateurs, étudiants, équipe de Direction. Mais elle se sent beaucoup moins reconnue par les professionnels de terrain (infirmiers ou cadres de santé) : « *Parce que ouais c'est un peu que le travail du formateur est un peu invisible. Et sur le terrain, est-ce qu'on a notre place ou pas ?* ». Au niveau des intervenants extérieurs, cela est mitigé. Elle se sent plutôt reconnue, notamment quand ce sont des infirmiers : « *Alors c'est peut-être nous qui pour le coup avons un rapport dominant parce qu'on les fait intervenir, je ne sais pas. Mais ils se sentent valorisés parce qu'on les fait venir pour leur expertise. Et nous ils nous reconnaissent au sein de notre institution. C'est eux qui viennent à nous.* » ou des universitaires qui ne sont pas médecins : « *Les universitaires ça y est maintenant, ils savent à*

peu près qui on est ». Mais, en lien avec des expériences négatives personnelles, la reconnaissance par les médecins n'est pas présente : « *Mais certains médecins... On est rien du tout quoi...* ». Au niveau du grand public, elle se sent plutôt reconnue mais « *il faut expliquer* » : « *Moi j'ai des amis quand je suis devenue formatrice, et pourtant qui connaissent par la famille ou autre le milieu, ils me disaient : et voilà, tu es plus infirmière, t'es prof. C'est pas tout à fait prof non plus.* »

Pour Aurore, la reconnaissance était plus présente quand elle était infirmière au niveau professionnel (« *Alors oui j'étais reconnue* ») et aussi au niveau personnel (« *T'es plus reconnue par le public quand tu dis que tu es infirmier* »). Elle attribue cela au fait d'être perçue comme ayant quitté la profession infirmière : « *parce que justement tu ne l'es plus infirmier* ».

Les difficultés relationnelles sont, selon elle, consécutives à un manque de reconnaissance de sa profession de formatrice et surviennent avec les professionnels de terrain (notamment les cadres de santé de proximité) et les universitaires médicaux. Deux extraits du discours illustrent cela. Pour les conflits avec les cadres de santé de proximité : « *Avec les cadres de terrain sur justement, le fait que j'avais l'impression de pas avoir ma place en tant que référente de stage. [...] Donc tu viens en suivi de stage, personne n'est disponible pour te voir. Tu fais comme tu peux le suivi, on te dit en deux, trois mots que cela ne se passe pas trop mal. Et après l'étudiant se prend un rapport et t'es même pas au courant. [...] La place est pas reconnue. T'as l'impression de servir à rien* ». Pour les universitaires notamment médicaux : « *Et puis avec le médecin universitaire, c'est que très clairement, je n'ai pas accédé à un desiderata de planning. Donc ça ne convenait pas à un chirurgien qu'une simple petite infirmière n'accède pas à sa demande.* » Elle nuance son propos vis-à-vis des universitaires en général mais le maintient pour les médecins « *Avec certains avec lesquels j'ai de très bons rapports et je me sens reconnue. Voilà y a aucun souci. Mais c'est vrai qu'avec certains médecins, notamment des doyens, etc., qui ont tendance à pas reconnaître la fonction de formateur. Ça leur parle pas je crois !* ».

Regard sur le processus d'universitarisation

Aurore perçoit le processus d'universitarisation comme incertain, mais a une vision positive du « *fait que la discipline de sciences infirmières soit reconnue* ». Elle « *pense que c'est un moyen aussi de valoriser les savoirs de notre profession.* ». Malgré le fait selon elle de rester « *sous la coupole médicale* », Aurore voit ce processus comme émancipateur pour

la profession : « *on sort du coup du champ purement formation professionnalisante [...], pas faire que du formatage et produire nos propres savoirs* ».

Pour elle, il faut des formateurs IFSI avec un passé d'infirmier, mais pas nécessairement la totalité de l'équipe formatrice. Sa réponse n'est pas tranchée : « *Est-ce que l'on peut former des infirmières sans en avoir exercé la profession ? En partie, sans doute. Mais pas en totalité ouais. J'ai pas de réponse.* ». Plus loin dans l'entretien, elle affirme son propos en disant qu'il « *y a besoin à la fois de pluridisciplinarité et d'avoir des intervenants qui ne soient pas issus de la profession, mais y a nécessité qu'il y ait des piliers, des personnes ressources au sein de ce type de formation qui l'aient exercée.* » Notamment par rapport à la transmission des valeurs professionnelles auxquelles elle est attachée : « *Et que c'est justement compliqué de transmettre les notions de valeurs dont on parlait tout à l'heure, sans l'avoir expérimenté* ». Aurore envisage la fin du diplôme cadre de santé pour les formateurs et peut-être également pour les managers.

À court terme, venant d'obtenir un master, elle ne se sent pas menacée. Aurore pense être impactée par l'universitarisation à moyen ou long terme, quand un doctorat sera une plus-value ou deviendra une nécessité.

Synthèse de l'entretien d'Aurore

Située dans une période de transition professionnelle, la rupture annoncée de prime abord avec l'identité infirmière semble finalement assez partielle. Aurore qualifie son identité d'infirmière comme une étape d'un parcours tout en revendiquant cette identité par moments dans son discours. L'identité visée (Dubar, 2010) s'inscrit dans la continuité de la formation paramédicale, mais pas forcément en IFSI. Une évolution est envisagée dans un sens ascensionnel : probablement en école de puéricultrices dans un avenir proche ou/et à l'Université par le biais d'un poste d'enseignant-chercheur dans un futur plus lointain. La dynamique identitaire se situe donc entre une dynamique de gestation identitaire (projet de confirmation de Soi consécutif au retour de formation en IFCS) et une dynamique de transformation identitaire endogène (Kaddouri, 2006) pour devenir formatrice en école de puéricultrices ou enseignante-chercheuse. Ses projets de Soi pour soi (*Ibid.*) pourraient entrer en contradiction avec le projet de Soi pour autrui (*Ibid.*) institutionnel avec un temps limité (trois ans) pour les cadres de santé en IFSI. Nous constatons que le rôle professionnel d'Aurore est très centré sur l'étudiant, sur la prise en charge individualisée de ce dernier. Attachée aux valeurs professionnelles, elle adopte fréquemment une posture d'agent de changement, couplée à une posture d'accompagnatrice (Boissart, 2017). Elle se sent reconnue par des personnes qu'elle côtoie quotidiennement et qui visualisent son activité professionnelle (collègues formateurs, étudiants, Direction). Quand les personnes sont plus éloignées, hors IFSI en fait, la reconnaissance devient incertaine et cela peut déboucher sur des conflits professionnels. La reconnaissance professionnelle était beaucoup plus présente quand elle était infirmière que maintenant. L'identité infirmière nous paraît ici davantage utilisée comme une stratégie identitaire (Kaddouri, 2019a) dans le but de l'obtention d'une reconnaissance que pleinement assumée. L'universitarisation de la formation infirmière est perçue positivement avec la création d'une discipline de sciences infirmières, potentiellement génératrice de savoirs propres, mais avec également l'incertitude de retourner sous le giron médical. Titulaire d'un master, elle ne se sent pas menacée et, en accord avec sa posture professionnelle d'animatrice (Boissart, 2017), pense qu'il est préférable d'avoir un passé infirmier pour transmettre certaines valeurs infirmières.

2.2.2. Analyse de l'entretien de Bertrand

Bertrand exerce dans un Centre Hospitalier Universitaire comme formateur IFSI depuis deux ans et demi au moment de l'entretien⁵. Celui-ci s'est déroulé dans le cadre professionnel et a duré 63 minutes. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Bertrand fait partie de la catégorie des formateurs qui ont mis en avant comme raison principale, pour devenir formateur/formatrice, leur envie de porter les valeurs, mais pas nécessairement les valeurs infirmières comme nous y reviendrons plus tard dans l'analyse de cet entretien.

Regard sur les identités héritées

Bertrand est âgé de 47 ans. Il est marié et son épouse exerce la profession de proviseur adjoint dans un lycée public. Il est père de trois enfants, dont les deux aînés sont concernés par les études supérieures.

Après avoir obtenu un baccalauréat B en 1991, Bertrand a effectué deux années en faculté d'histoire tout en travaillant avec les CEMÉA (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active) du fait qu'il était formateur BAFA. Comme le verbalise Bertrand : « *J'étais un peu en recherche après ma fac d'histoire de quelque chose. J'hésitais entre le versant éducatif, le versant social et le versant sanitaire. C'est le versant sanitaire qui s'est imposé parce que j'ai rencontré des gens qui étaient infirmiers* ». Un premier contact avec les CEMÉA qui ont été un organisme formateur pour les infirmiers exerçant en psychiatrie, suivi de rencontres avec des infirmiers de secteur psychiatrique ont orienté le choix de Bertrand de se diriger vers la formation infirmière pour exercer en psychiatrie. Le diplôme d'ISP, spécifique à l'exercice psychiatrique, n'existant plus depuis le programme de formation commun de 1992, Bertrand s'est tourné vers le diplôme d'État d'infirmier. Il a effectué sa formation initiale infirmière de 1995 à 1998. Diplômé, il est allé exercer en Bretagne, deux ans en EHPAD puis un an en Établissement Public de Santé Psychiatrique. De retour en 2000 dans sa région d'origine, il a travaillé à l'Établissement Public de Santé Mentale en Centre Médico-Psychologique jusqu'en 2009. En tant qu'infirmier, Bertrand a donc exercé principalement en psychiatrie comme il l'envisageait en s'orientant vers cette profession.

⁵ Cf. annexe 3

Son exercice infirmier extrahospitalier l'a naturellement amené vers la fonction cadre : « *Ma position professionnelle m'amenait à avoir pas mal de responsabilités, à travailler seul, à beaucoup organiser mon travail. Ben y a un moment où je trouvais, de ce que je voyais de la fonction cadre, je me disais que je pouvais me projeter là-dedans* ». De 2009 à 2010, il devient donc faisant-fonction de cadre de santé dans une unité de sociothérapie de son EPSM. Puis en 2010-2011, il a effectué une année de formation en IFCS au cours de laquelle il a obtenu une maîtrise en sociologie. De retour de formation, il a exercé pendant deux ans et demi dans une structure extrahospitalière regroupant plusieurs unités fonctionnelles. Puis se sentant « *un peu trop enfermé dans un fonctionnement hospitalier assez rigide* », il s'oriente dans le médico-social pendant deux ans et demi en tant que chef de service dans un foyer d'hébergement privé accueillant des travailleurs handicapés qui travaillent dans la même association sur un ESAT. Finalement, il fera les mêmes constats quelques temps après : « *J'étais en train de rencontrer dans le privé des écueils que j'avais connus ailleurs* ». De façon plus explicite, il relate « *une difficulté à pouvoir agir sur les choses. C'est-à-dire qu'en tant que cadre, j'étais concepteur, j'étais un peu comme l'ingénieur des soins. Tout du moins, j'organisais les systèmes et tout ça. Sauf qu'il y avait une contrainte qui était au-dessus de moi qui ne me laissait pas forcément tout le temps les mains libres. Et j'étais quelquefois obligé de revenir sur des choix que j'aurais aimé avoir, qui étaient contraints* ». Bertrand évoque également le soulagement de la charge mentale professionnelle depuis son arrivée en IFSI, en comparaison de son activité de manager : « *Moi je peux quitter mon emploi le soir tranquillement. Les week-ends, je..., c'est très très serein. Ce que je ne vivais pas quand j'étais dans l'encadrement* ».

L'arrivée de Bertrand en IFSI sera la conséquence de ce constat de « *non-réalisation dans la fonction cadre* » associée à l'approche par compétences découlant du référentiel de formation de 2009 : « *Et puis, un truc qui a été assez déterminant, c'était l'approche, la nouvelle approche de la formation qui se faisait par les compétences depuis la dernière réforme* ». D'un côté donc une lassitude de la fonction de cadre de proximité : « *Ce serait prétentieux de dire que j'avais fait le tour de la fonction cadre, je pense pas, mais je m'y étais, je m'y suis épuisé* ». Et de l'autre côté un attrait pour la formation des étudiants : « *J'ai toujours essayé d'accueillir les étudiants infirmiers qui venaient dans mes différentes structures, donc j'avais quelque chose qui était autour de la construction des compétences des autres, de l'envie de transmettre certaines choses qui étaient là* », couplé justement à une formation initiale maintenant basée sur l'approche par compétences : « *Où là effectivement, moi j'y trouvais plus mon compte en termes d'acquisition de compétences et de transversalité surtout, tout du moins. Là où quelques années avant, je me serais pas engagé parce que j'aurais pas*

trouvé ma légitimité ». Parmi les quatre motivations principales proposées pour devenir formateur en IFSI, Bertrand a retenu son envie de porter des valeurs qu'il qualifie de davantage humaines que spécifiques à la profession infirmière : « *Le terme de "valeurs infirmières" effectivement c'est quelque chose qui me parle. Au-delà de ça, au-delà de valeurs infirmières, j'irais plutôt même sur des valeurs humaines quoi. Qui, à mon avis, sont, devraient, enfin sont inhérentes aux professions, à la profession infirmière* ». Cette arrivée en formation s'est faite naturellement pour Bertrand, comme une suite logique dans son parcours : « *Comme cadre et être en formation, c'est quelque chose en filigrane sur toute ma profession. Alors à un moment, à un moment quand ça a pu se présenter et que je me suis dit "je décide de changer d'orientation professionnelle". [...] Je me disais, par quelque biais que cela soit... D'ailleurs quand j'étais dans le médico-social, j'ai été approché à certains moments par des organismes de formation. [...] C'était déjà là, c'était à la réflexion* ».

Bertrand met en avant comme motivation à entrer dans la formation infirmière le fait de porter des valeurs, mais qui ne seraient pas spécifiques à la profession infirmière : « *J'ai un peu de mal à définir un peu les valeurs infirmières. Parce que quelque part ça me ferait penser à des valeurs qui ne sont qu'infirmières. Alors que je pense qu'elles sont dans, on les retrouve dans d'autres champs, d'autres champs humains. Je rattache très fortement à des valeurs humaines* ».

Regard sur l'identité investie dans le présent

L'identité héritée infirmière semble en rupture avec l'identité actuelle : « *Je ne me définis plus comme un infirmier* », mais tout en soulignant l'importance pour lui d'être issu de cette profession pour manager ou pour former des (futurs) infirmiers : « *J'étais infirmier et que ça me semble assez important d'être, d'être issu du cœur de métier* ». Il évoque la profession infirmière comme « *un passage, c'est mon cœur de métier. C'est ce qui nourrit encore le fait, ce que je fais là maintenant. Mais je ne suis plus, je ne suis plus infirmier* ». La page infirmière semble tournée : « *Je pense qu'effectivement c'est pas quelque chose qui me manque* ».

Bertrand se présente comme « *cadre de santé formateur* » en insistant sur le fait de rester un professionnel de santé : « *Je reste un professionnel de santé, c'est-à-dire que je ne suis pas au contact direct du patient, mais tout du moins à un moment ou à un autre, j'influe, j'influe dans ce qu'il va, dans ce qu'il va vivre au quotidien puisque je forme les futurs professionnels de santé* ». Il met l'accent également sur le terme de cadre : « *Je crois que le mot cadre il est important parce que cadre... [...] on est dans la conception de quelque chose,*

on n'est pas que dans la réalisation de quelque chose ». Il ne se présente plus comme infirmier : « Et je ne suis plus infirmier, hein je ne suis plus infirmier ». Nous ne retrouvons pas le rapport à la blouse comme chez Aurore : « Je ne remets pas facilement la blouse blanche. C'est pas un appareil qui... C'est dû aussi à mon exercice professionnel où je l'ai quasiment jamais mise, mais c'est pas... Je ne suis pas attaché à ça ».

Regard sur les identités visées

Au niveau de l'évolution professionnelle, les propos de Bertrand sont clairs : « À l'heure actuelle, je n'ai pas l'intention, d'envie d'évoluer en termes de carrière ». Déclarant être intéressé par la recherche, il n'exclut pas de devenir enseignant-chercheur, mais dit ne pas avoir assez de temps actuellement pour faire de la recherche : « *Actuellement non. Non j'en ai pas les dispositions psychiques et de temps pour le faire. Mais je l'écarte pas* ». Il aura le temps plus tard quand ses enfants seront indépendants, mais ne sait pas s'il en aura encore l'envie : « *À partir du moment où on va sur de la recherche tout ça, il va falloir donner plus de temps et tout ça. J'en ai pas, je sais que je l'aurai plus tard. Mais est-ce que plus tard j'aurais l'envie ? Je sais pas* ». Il se sent à l'aise dans son environnement professionnel et n'envisage pas pour le moment de modifier son activité professionnelle actuelle : « *Juste que je suis dans une zone de confort en ce moment qui me convient bien, qui me plaît, qui me permet de me réaliser et que j'entrevois rien de plus pour l'instant* ».

Regard sur les identités assumées

Tout comme Aurore, Bertrand exerçait une activité managériale et il perçoit une diminution de la charge mentale depuis son arrivée en IFSI : « *Moi je peux quitter mon emploi le soir tranquillement. Les week-ends, je..., c'est très très serein. Ce que je ne vivais pas quand j'étais dans l'encadrement* ».

Bertrand a donc un diplôme de cadre de santé. Au cours de cette année de formation, il a conjointement obtenu une maîtrise qui lui a permis de valider par la suite un master en « *gestion et en organisation des établissements sanitaires de santé* ».

L'envie de porter des valeurs a été et semble rester la motivation principale pour Bertrand pour exercer sa profession. Parmi ces valeurs, il cite principalement le respect : « *C'est le respect de..., le respect de la parole, le respect des valeurs humaines, euh... Essayer de travailler sur l'équité, euh... Le respect de la personne* ». Le respect est pour lui

ce qui a le plus de valeur dans sa profession : « *Le plus de valeur ? Le respect. [...] Le respect, c'est essayer de respecter ce que chacun est et ce qu'il amène* ». Ce qui l'amène à adapter sa pratique en fonction des étudiants : « *Je suis pas le même formateur pour chacun de mes étudiants. Et je le sais, je le sais qu'à un moment je peux avoir un côté plus directif, d'autres fois plus paternel, [...] je pense que ça se nourrit par le respect de ce que l'autre il est, de ce que l'autre il veut devenir* ». Il inclut également dans le respect d'autrui, le respect envers ses collègues formateurs et envers sa hiérarchie.

Dans sa pratique, Bertrand met l'étudiant au centre et il privilégie le contact verbal, en direct avec ceux-ci. Dans ses différentes activités professionnelles en lien avec les ESI, l'accompagnement de ces derniers dans leur parcours de formation est le plus important pour lui : accompagner les ESI tout en favorisant les échanges, la verbalisation avec une liberté d'expression.

Pour Bertrand, les compétences communicationnelles et organisationnelles sont primordiales pour être formateur IFSI. Ces compétences sont pour lui au centre de son parcours professionnel d'infirmier, de manager et maintenant de formateur : « *C'est les mêmes que j'avais au départ quand j'étais infirmier et cadre : communication et organisation. Je les ai développées d'une autre manière en étant cadre, puis je les redéveloppe là maintenant* ».

Regard sur les identités attribuées

Bertrand se sent reconnu professionnellement par ses différents collaborateurs : « *Oui je pense être globalement reconnu quoi* ». Néanmoins cette reconnaissance est basée sur son passé d'infirmier, bien qu'il ne se reconnaisse plus comme tel : « *Au niveau des étudiants que j'accompagne, je pense être reconnu. Reconnu sur... [...] Reconnu sur une expertise d'un domaine qui est la psychiatrie* ». Au niveau de sa hiérarchie, Bertrand perçoit cette reconnaissance par le parcours professionnel antérieur : « *On est quand même plus ou moins reconnu chacun à travers nos parcours* ». Cela est également visible au niveau de la reconnaissance hors des murs de l'IFSI : « *La reconnaissance qu'on peut avoir à l'extérieur, je sais que souvent j'en passe par : je suis formateur, le fait qu'on explique un peu son parcours d'avant... [...] Y a une espèce de légitimité qui se fait sur qui tu es, qu'est-ce que t'as fait* ». Lors des suivis de stage le discours est encore plus explicite : « *Je me sens, oui, oui effectivement, moi je me sens reconnu. Je me sens reconnu par le fait d'avoir une expertise en psy. C'est pas forcément le formateur* ». Son passé d'infirmier est vraiment pour Bertrand au cœur de la reconnaissance perçue de son activité professionnelle : « *Mais ce qui ouvre les*

portes, c'est le fait d'avoir été infirmier. Alors là c'est intouchable, hein on est des intouchables hein ! Infirmier : quel beau métier, machin, tout ça ».

Les difficultés relationnelles semblent mineures et surviennent en lien avec cette identité d'infirmier en psychiatrie, quand cette dernière est mise à mal, peu ou pas assez considérée : *« Voilà on va aller travailler la 4.4, qui est la technicité gestuelle, ça c'est important ! Les processus tumoraux, ça c'est important ! Et puis après, on trouve en-dessous tout ce qui est autour gériatrie, puis après la psychiatrie, et puis après le... Enfin y a certains trucs, on ressent un peu quelquefois une espèce de gradation ».*

Regard sur le processus d'universitarisation

Bertrand perçoit l'universitarisation de la formation infirmière de façon distante encore : *« Je le perçois de loin, là pour l'instant ».* Il fait davantage référence au contact qu'il a eu avec l'Université lors de sa formation de cadre de santé en 2010-2011, et notamment cet accès à la recherche qu'il a prolongé en obtenant un master : *« Moi je l'ai vécu comme une ouverture, notamment là j'étais sur des sciences humaines... Le plus grand plaisir que j'ai eu à ma formation de cadre, c'est pas la formation de cadre en elle-même, c'est le fait d'être intégré dans un processus universitaire, de faire des travaux de recherche ».*

Ce qui inquiète Bertrand par rapport à cette universitarisation, c'est de savoir qui va la mettre en œuvre : *« Qui va être à la manœuvre de tout ça ? ».* Il est attaché au fait que des infirmiers de formation initiale soient présents afin de préserver cet aspect professionnalisant de la formation infirmière et d'éviter un abord trop théorique : *« Il faudrait que ce soient encore des gens qui aient un processus de formation, avec une formation initiale liée au soin, qui puissent continuer à être dans les processus de formation. Que ce soit pas que trop théorique ».* Il évoque une place réduite pour les formateurs en IFSI cadres de santé actuels : *« les cadres, ils interviendraient ou les infirmiers interviendraient, à titre ponctuel j'ai envie de dire. Chargés de TD, chargés de TP sur des choses très, très spécifiques j'ai envie de dire. Et le reste serait plus coordonné de manière universitaire ».* Et il s'en inquiète en faisant référence à son passé d'infirmier : *« Il faudrait pas que des gens comme moi n'aient plus le droit de cité dans la formation ».*

Étant titulaire d'un master, Bertrand ne se sent pas menacé par cette universitarisation. Il situe l'impact de l'universitarisation au niveau de l'organisation et pas au niveau de son activité quotidienne de formateur : *« Oui ça va m'impacter mais je pense plus dans*

l'organisation qu'autre chose. Sur ce que je suis, ce que j'ai envie d'y mettre et tout ça, je pense pas que ça va beaucoup m'impacter ».

Synthèse de l'entretien de Bertrand

Bien qu'il ne se sente plus infirmier dans son identité investie dans le présent (Gravé, 2002), Bertrand utilise son identité héritée (Dubar, 2010) d'infirmier en psychiatrie comme stratégie identitaire (Kaddouri, 2019a) en y faisant référence pour légitimer son identité actuelle. Bertrand s'inscrit dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002) : l'identité visée (Dubar, 2010) correspondant à son identité investie dans le présent, à savoir rester formateur IFSI. La transition professionnelle (Balleux & Perez-Roux, 2013) entre infirmier, cadre de santé manager et maintenant formateur IFSI semble effective. Adoptant des postures d'accompagnateur et d'agent de changement (Boissart, 2017), le respect de l'autre est central pour lui et l'amène à individualiser son accompagnement des ESI afin d'être en accord avec cette valeur primordiale à ses yeux qu'il souhaite porter. Il se sent reconnu professionnellement avec des jugements d'utilité et de beauté (Dejours, 2003) positifs, se sentant légitimé par son passé infirmier ou de cadre de proximité qu'il convoque fréquemment malgré une rupture énoncée à ce niveau dans son identité investie dans le présent. Les compétences communicationnelles et organisationnelles sont primordiales selon lui pour être formateur IFSI. Enfin, titulaire d'un master, il vit sereinement l'universitarisation de la formation infirmière, montrant un attrait pour la recherche. Il craint cependant une trop grande distanciation avec la pratique infirmière qui se traduirait par une académisation des savoirs avec des formateurs IFSI actuels qui deviendraient uniquement des chargés de TD, et d'autres formateurs qui arriveraient sans avoir de passé infirmier.

2.2.3. Analyse de l'entretien de Christine

Christine exerce dans le même Centre Hospitalier Universitaire depuis le début de sa carrière professionnelle. L'entretien⁶ a eu lieu dans son cadre professionnel et a duré 40 minutes. Elle est actuellement inscrite dans une formation universitaire sur le raisonnement

⁶ Cf. annexe 4

clinique. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Christine fait partie de la catégorie des formateurs qui ont mis en avant comme raison principale, pour devenir formateur/formatrice, leur envie de porter les valeurs infirmières.

Regard sur les identités héritées

Christine est âgée de 56 ans. Elle est mariée et son époux n'exerce pas dans le milieu médical ou paramédical. Elle a deux filles, dont une est aide-soignante.

Après avoir obtenu un bac littéraire, Christine a effectué un début de formation universitaire en psychologie peu concluant. Puis elle a passé plusieurs concours en lien avec le médico-social, sans se diriger prioritairement vers la formation infirmière : « *J'ai passé des concours avec pas forcément une idée d'être infirmière, parce que je n'avais qu'une représentation très aléatoire du métier* ». Il y avait sans doute un ancrage familial car comme le dit Christine : « *Ma mère a toujours été, a toujours voulu être infirmière* ». Christine souhaitait devenir assistante-sociale mais elle n'a pas réussi le concours, contrairement à celui d'entrée en école d'infirmières. La profession infirmière n'était pas son choix premier : « *Je n'ai pas eu le concours d'assistante-sociale, qui au départ m'intéressait, mais celui d'infirmière. Donc je suis allée en première année pour voir ce qui s'y passait* ». La découverte de cette profession l'a intéressée et une fois diplômée en 1985, elle a intégré le CHU dans lequel elle travaille encore et a exercé jusqu'en 1994 dans des services de médecine en lien avec la cardiologie.

Déjà attirée par le raisonnement clinique et ne se sentant plus à l'aise en tant qu'infirmière, Christine se dirige vers l'encadrement pour « *pouvoir travailler ce raisonnement clinique* ». Elle effectue sa formation cadre pendant deux ans, faisant partie de la dernière promotion relevant du CCI qu'elle obtient en 1996. Puis elle a exercé en tant que cadre de proximité pendant treize ans dans un service de neurologie, toujours dans le même établissement. Elle s'intéresse de plus près à l'encadrement des étudiants et ressent un sentiment de frustration vis-à-vis de ceux-ci : « *J'étais un peu frustrée parce que je sentais qu'on était juste là pour mettre en application les savoirs qui étaient enseignés sur l'IFSI* ». Cette perception couplée à l' « *envie de faire autre chose* » l'a conduite vers l'IFSI de son établissement en 2009.

Sa motivation principale pour devenir formatrice en IFSI se situe au niveau de l'envie de porter les valeurs infirmières après avoir hésité avec l'envie de transmettre les savoirs

infirmiers : « *Parce que je pense que quand même c'est le point d'ancrage. On va se baser sur les valeurs aussi pour transmettre* ».

Regard sur l'identité investie dans le présent

N'ayant pas souhaité être initialement infirmière (« *C'était pas trop mon souhait en fin de compte. J'ai aimé mes années infirmières, j'ai exercé mais c'était pas forcément la profession... J'aurais pu être assistante-sociale je pense* »), Christine a fait le deuil de cette identité infirmière lorsqu'elle est devenue cadre : « *Je pense que mon changement justement de statut a fait que j'ai plus été infirmière* ». Elle dit donc ne plus se sentir du tout infirmière actuellement.

Christine se présente comme « *cadre formateur* » quel que soit l'interlocuteur. Elle ne se présente pas comme infirmière et ne mentionne pas son passé d'infirmière. Elle ne semble pas du tout nostalgique de son passé infirmier : « *Ça m'a jamais manqué. Le soin par exemple comme certains cadres qui disent : à moi j'aime bien encore préparer des perfs, être dans le soin... Moi pas du tout !* ».

Regard sur les identités visées

La proximité de la retraite (dans cinq ans) fait que Christine souhaite rester formatrice en IFSI. Des opportunités professionnelles existent avec un retour en tant que cadre de proximité, mais cela ne lui convient pas.

Regard sur les identités assumées

Contrairement à Aurore et à Bertrand qui exerçaient également des fonctions d'encadrement antérieurement à leur arrivée en IFSI, Christine n'a pas perçu de diminution de la charge mentale quand elle est devenue formatrice : « *Non j'ai toujours dissocié ma vie personnelle et professionnelle* ». Elle avait initialement la « *représentation qu'on pouvait voilà avoir un temps pour réfléchir à des choses et ne plus être forcément que dans les tâches* ». Mais son arrivée en même temps que le référentiel de formation de 2009 ne confirmera pas cette vision de la formation infirmière : « *Donc on était dans voilà, dans la réalisation, dans la mise en application et pas du tout dans voilà, pas du tout dans le temps de réfléchir ensemble : mais c'est quoi enseigner, c'est quoi ?* ».

Titulaire du CCI, Christine est actuellement engagée dans un Diplôme Universitaire en lien avec le raisonnement clinique qui l'intéresse depuis le début de son exercice professionnel.

Christine se définit comme une formatrice qui privilégie l'accompagnement des étudiants (et également des formateurs de terrain) à la transmission de savoirs : « *J'espère que je suis bien dans un accompagnement, que je ne suis pas une formatrice qui voilà, est juste dans la dispensation des savoirs* », « *Si on part du principe qu'on n'est plus là forcément pour que montrer notre pratique professionnelle...* ». Pour ce faire, elle met en avant l'écoute de l'autre dans sa pratique (ESI ou tuteurs de stage) et pense que le respect est la valeur centrale de sa profession. Cette écoute et ce respect de l'autre permettent de favoriser la liberté d'expression de l'ESI (« *Laisser l'étudiant me dire ce qu'il a envie de dire* ») et ainsi de « *partir du ressenti des étudiants* ». Pour Christine, les compétences relationnelles sont primordiales pour être formateur IFSI.

Regard sur les identités attribuées

Christine se montre peu loquace quand nous évoquons lors de notre entretien la reconnaissance professionnelle, disant s'intéresser peu à cette question : « *Je cherche pas la reconnaissance !* ». Au niveau des ESI, elle pense ne pas être la formatrice la plus appréciée tout en insistant une nouvelle fois sur le fait que ce n'est pas ce qu'elle recherche : « *Je suis pas forcément la plus sympa ou... Mais je cherche pas à être reconnue non plus par les étudiants* ». Elle décrit des relations meilleures avec les formateurs de terrain : « *Je pense que par rapport à mes terrains de stage, euh... [...] J'ai une disponibilité pour eux. [...] Donc je pense qu'ils savent qu'ils peuvent compter sur moi. [...] Après moi j'ai de bonnes relations avec mes terrains* ». Il en va de même avec les intervenants médicaux : « *Avec les médecins, je vais toujours être accueillante. Donc je pense qu'on est bien perçu* ». Elle regrette de ne pas avoir plus d'échanges avec ses collègues formateurs, hormis sa voisine de bureau avec laquelle elle dit beaucoup échanger. Elle évoque une non-reconnaissance institutionnelle des formateurs IFSI perçue lors de son arrivée, car celle-ci n'a pas été facilitée : « *J'ai plutôt eu besoin de... voilà d'argumenter et d'insister pour pouvoir arriver jusqu'ici. On me bloquait un petit peu sur le terrain* ». Christine pense que sa Direction des soins avait une piètre image des cadres formateurs, privilégiant pour ces derniers le management d'équipe soignante : « *C'est plus une notion de la Direction des soins qui... qui n'était pas très en faveur de laisser partir ses cadres vers la formation, pensant que c'était une voie de garage et qu'il était mieux de rester sur voilà, sur le terrain professionnel* ». Dans son entourage, Christine pense être

reconnue davantage comme infirmière que comme cadre formateur, mais cela ne semble pas la déranger : « *Je pense que beaucoup ne savent pas trop ce que l'on fait en tant que cadre formateur. Ils ont plus la notion que je suis infirmière* ». Enfin elle perçoit une différence de perception de ces collaborateurs depuis qu'elle est devenue cadre, l'attribuant à ce nouveau statut : « *Ça change quand même la vision que les gens ont de toi. Parce que tu as quand même une hiérarchie qui est là* ».

Christine se déclare peu conflictuelle, ayant une capacité à vite faire abstraction : « *J'ai une capacité moi après d'autodestruction des choses négatives* ». Quand néanmoins quelques conflits surviennent, ils viennent du fait que Christine ne se sent pas écoutée par son interlocuteur, notamment quand il s'agit d'un supérieur direct : « *Je pense que mes conflits seraient plus quand voilà... où je me sens pas écoutée* ».

Regard sur le processus d'universitarisation

Avant de s'engager dans son DU, Christine avait une vision plutôt négative de l'universitarisation : « *J'étais sceptique en me disant : oh là là mais nous sommes des formations professionnelles, qu'est-ce qu'on va avoir à faire avec l'Université ?* ». Maintenant son point de vue a évolué : « *Là que j'approche maintenant de la formation universitaire, c'est vrai que je m'aperçois qu'ils ont beaucoup de choses à nous apporter. [...] Je pense que ça peut nous ouvrir quand même...* ». Elle perçoit la formation universitaire différemment : « *Moi je découvre la formation universitaire donc euh... Bien que je me dis que maintenant ils sont de plus en plus dans le champ applicatif en termes... même dans leurs formations universitaires* ». En lien avec sa posture d'animatrice, elle craint cependant une perte de l'aspect pratique de la formation infirmière tout en insistant sur le fait que des formateurs infirmiers doivent continuer à être présents : « *Qu'on doit rester dans... dans quand même toute une partie même s'ils nous apportent des connaissances et une ouverture d'esprit qui va nous aider à mettre en place justement toute cette acquisition de compétences qu'on cherche à avoir auprès de nos étudiants... On a quand même une spécificité en tant que professionnel. Voilà je me dis : on pourra pas faire cette formation qu'avec des universitaires* ». Elle pense que les formateurs de terrain auront à un moment pour se comprendre besoin d'échanger avec des personnes qui ont été infirmières : « *À un moment les gens du terrain ils ont besoin de voir que toi aussi tu as été à un moment une professionnelle comme eux. Je pense qu'on a des accointances, un langage qui est assez commun* ». Mais Christine pense également, en lien avec sa posture d'accompagnement, qu'il n'est pas nécessaire pour tous les formateurs d'avoir été infirmiers : « *Après on peut se poser la question : est-ce que l'on est obligé d'être*

infirmière pour être formateur en IFSI ? Euh... Si on part du principe qu'on n'est plus là forcément pour que montrer notre pratique professionnelle... [...] Je me dis non, peut-être pas non. Là à ce jour, je dirais non ».

Christine se sent menacée par cette universitarisation, car selon elle son CCI ne sera plus suffisant pour être formatrice IFSI : « *Je pense parce qu'on sera impacté dans le sens qu'on va nous demander des niveaux requis. On va nous demander des masters, des doctorats. Donc oui ça va impacter. On sera plus seulement obligé d'avoir un certificat ou un diplôme de cadre de santé, il va falloir se former ».*

Synthèse de l'entretien de Christine

Le discours de Christine montre une rupture entre son identité héritée (Dubar, 2010) d'infirmière et son identité investie dans le présent (Gravé, 2002), probablement en lien avec le fait que la profession infirmière était initialement un choix par défaut. L'identité visée (Dubar, 2010) est dans la continuité de l'identité actuelle de formatrice en IFSI, révélant un projet d'entretien de Soi dans une dynamique de continuité identitaire (Kaddouri, 2002). Christine, qui se décrit davantage dans l'accompagnement des étudiants que dans la transmission des savoirs, adopte ainsi une posture d'accompagnatrice, couplée à une posture d'agent de changement (Boissart, 2017) par rapport aux valeurs infirmières qu'elle souhaite véhiculer. Elle se sent davantage reconnue par les personnes qui sont hors de son institution, avec un jugement d'utilité (Dejours, 2003) cependant positif. Les compétences relationnelles et l'écoute de l'autre qui en découle, sont primordiales dans sa fonction de formatrice. L'engagement récent dans une formation universitaire a modifié sa vision de l'universitarisation de la formation infirmière, qu'elle voit maintenant comme une source d'ouverture. Néanmoins elle se sent menacée par cette universitarisation, n'ayant pas encore de diplôme universitaire (DU en cours d'acquisition).

2.2.4. Analyse de l'entretien de Dorothée

Dorothée est formatrice IFSI depuis six ans dans le CHU où elle a effectué la majeure partie de sa carrière professionnelle jusqu'ici. L'entretien⁷ a eu lieu dans le cadre professionnel

⁷ Cf. annexe 5

et a duré 65 minutes. Dorothée est cadre de santé et titulaire d'un master en management. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Dorothée fait partie de la catégorie des formateurs qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice leur envie d'entrer dans l'enseignement.

Regard sur les identités héritées

Dorothée est âgée de 49 ans au moment de l'entretien. Elle est mariée et a deux fils. Son époux n'a pas de lien avec le milieu médical ou paramédical. Ses parents non plus : son père, qui a fini sa carrière en tant qu'instructeur, était policier et sa mère effectuait des ménages pour pouvoir s'occuper de sa sœur handicapée à la suite d'une vaccination variolique. Dorothée dit avoir découvert le monde du soin par ce biais.

Elle dit avoir toujours été attiré par la biologie et les sciences naturelles et s'est donc orientée vers un baccalauréat F8 : sciences médico-sociales. Elle a obtenu ce dernier en 1988. Initialement elle souhaitait être professeure des écoles ou infirmière. Elle choisit de devenir infirmière, son baccalauréat étant davantage en lien avec cette profession et hésite entre les soins généraux et la santé mentale. Elle passe les deux concours et les obtient. Elle effectue un stage dans la structure prenant en charge sa sœur, mais cela ne correspond pas à ses attentes, ce qui l'amène à choisir finalement les soins généraux.

Diplômée infirmière en 1992, Dorothée exerce pendant environ quinze ans dans divers services : centre de soins, pool hospitalier de remplacement, services de chirurgie et de médecine neurologique. Puis elle devient faisant-fonction de cadre de santé dans un service de médecine gériatrique pendant un an, avant d'effectuer sa formation de cadre de santé en IFCS en 2007-2008 où elle obtiendra conjointement à celle-ci un master en management. Après cette année de formation, elle est retournée travailler dans le service de médecine gériatrique où elle avait été « faisant-fonction » pendant cinq ans. Deux ans plus tard, elle devient titulaire d'un DU en alzheimerologie et maladies apparentées. En 2013, elle devient formatrice IFSI, « *par choix* » précise-t-elle.

Dorothée met en avant quatre raisons expliquant son choix de devenir formatrice. Tout d'abord, sa découverte de la pédagogie et du travail en IFSI lors de sa formation en IFCS : « *Bon déjà à l'IFCS, on avait déjà ce module de pédagogie qui m'avait bien plu. Mon stage que j'avais effectué à l'IFSI de [REDACTED] avait mis en application les fiches pédagogiques. J'avais fait un cours magistral avec un questionnaire en vue d'une préparation à une évaluation. J'avais, je m'y étais retrouvée à ce stage-là* ». Puis en tant que cadre de santé,

Dorothee était en lien avec l'IFSI de son établissement et elle a pu échanger avec des formateurs : « *Donc j'ai fait des connaissances, des connaissances de formateurs qui m'ont parlé de leur métier* ». Elle s'est sentie cooptée par la directrice de l'époque et par son ancienne cadre de service devenue formatrice : « *J'ai longuement discuté à plusieurs reprises avec la directrice de l'époque Madame [REDACTED], qui n'arrêtait pas de me dire mais quand est-ce que vous venez, quand est-ce que vous venez ? [...] J'avais aussi, ben mon ancienne cadre qui était formatrice ici qui me disait : mais quand est-ce que tu viens, quand est-ce que tu viens ?* ». Ensuite Dorothee décrit des relations difficiles avec le médecin responsable de l'unité où elle exerçait : « *Alors y a un deuxième paramètre qui est que je travaillais aussi avec quelqu'un, qui, qui était un grand ponte dans la gériatrie mais qui avait un caractère assez particulier on va dire. Et au quotidien c'était assez difficile à gérer, et pour les équipes et pour moi* ». Enfin un sentiment de routine commençait à s'installer : « *Donc... c'était pour moi abouti et je commençais à être dans une routine aussi. Et j'aime pas trop* ».

Nous pouvons mettre ces raisons en lien avec l'hésitation initiale de Dorothee quant à son choix professionnel : « *Moi j'aurais aimé, j'aurais aimé être professeure des écoles. C'était ou professeure des écoles ou infirmière. Donc finalement c'est pas mal parce que j'ai pu faire presque les deux* ». Il n'est donc pas surprenant que la motivation principale de Dorothee pour devenir formatrice IFSI soit son envie d'entrer dans l'enseignement.

Regard sur l'identité investie dans le présent

Après réflexion, Dorothee ne semble plus se sentir infirmière : « *Non je me suis bien défait de ça. Je crois que j'ai même pas l'envie et j'aurais pas l'envie de redevenir infirmière* ».

Globalement Dorothee ne se présente plus comme infirmière. Auprès des ESI, des collègues formateurs ou des formateurs de terrain, elle se déclare « *cadre formateur* » ou « *cadre de santé formateur* ». Quand elle est amenée à se présenter à des intervenants extérieurs, elle le fait en utilisant son patronyme, suivi des UE qu'elle a en responsabilité.

Regard sur les identités visées

Dorothee n'envisage pas de rester exercer en IFSI, ou même de rester dans la formation : « *Je pense que je ne pourrai pas continuer ma carrière pendant des années ici* ». Elle évoque, comme il y a quelques années quand elle était cadre de proximité, une certaine routine, un besoin de changement : « *Je suis quelqu'un qui a tendance à un petit peu se lasser* ».

au bout d'un certain temps si j'ai pas de projet novateur, si j'ai pas la possibilité de faire d'autre chose. [...] Mais là ça a stagné et je m'y retrouve pas ». Elle envisage comme évolution professionnelle de devenir directrice d'un EHPAD ou d'un institut médico-social : « *Vraiment finir ma carrière sur un poste de direction dans un EHPAD ou dans un institut médico-social, c'est un truc qui me brancherait bien* ».

Regard sur les identités assumées

Après une période initiale de découverte et de questionnements, Dorothée ressent, tout comme Aurore et Bertrand qui exerçaient également des fonctions de management avant leur arrivée en IFSI, une baisse de la charge mentale professionnelle : « *Finalemant quand je quitte l'IFSI, je suis pas... enfin j'ai moins de préoccupations que quand j'étais cadre de terrain* ».

Titulaire du diplôme de cadre de santé, Dorothée a également obtenu durant son passage en IFCS un master en management. Quelques années plus tard, elle s'engagera avec réussite dans un DU en alzheimerologie et maladies apparentées.

Dorothée se définit comme une personne rigoureuse et organisée : « *Je suis quelqu'un qui est assez organisée, qui est assez rigoureuse dans son travail, qui... j'anticipe beaucoup les choses, ce qui me fait gagner du temps aujourd'hui* ». Elle se décrit dans l'accompagnement des ESI mais aussi des formateurs de terrain : « *Essayer d'accompagner, accompagnant en fait, accompagnant et puis aussi personne ressource pour les tuteurs ou éventuellement comme interlocuteur quand on est référent de stage pour les maîtres de stage en cas de difficulté ou pas* ». Avec les ESI, la fonction contrôle est présente : « *Je contrôle un peu quand même... [...] Je contrôle si c'est fait et si c'est pas fait, parfois c'est aussi les accompagner sur pourquoi c'est pas fait, quel est l'intérêt de le faire* ». Elle attache une importance certaine au respect du règlement : « *Je peux être souple comme assez intolérante quand on dépasse certaines limites* ». Le respect est d'ailleurs une valeur fondamentale à ses yeux : « *Le respect de l'autre. [...] Il faut se respecter sinon ça ne marche pas* ». Dans sa pratique de formatrice, elle privilégie les échanges, mais également le questionnement, l'interaction avec les ESI avec une posture de médiatrice : « *Les échanges et les questionnements. [...] Moi je trouve que le questionnement, autoriser le questionnement ou autoriser aussi que les étudiants puissent dire : moi j'ai pensé ça mais finalement je suis pas sûr. [...] Le questionnement et l'interactivité dans les cours, c'est pour moi essentiel* ». Les

compétences organisationnelles et d'ingénierie pédagogique sont primordiales dans sa pratique.

Regard sur les identités attribuées

Quand nous évoquons la reconnaissance professionnelle, Dorothée verbalise explicitement ne pas se sentir reconnue par sa hiérarchie et par l'institution hospitalière de façon plus générale. Par rapport à cette dernière, elle perçoit une image très négative de son activité professionnelle : « *Alors institution hospitalière, non. N'en parlons même pas ! On est encore dans l'ère où les cadres de terrain travaillent, les cadres à l'IFSI, on se demande ce qu'ils font. On l'entend encore : mais que font les cadres ? Mais qu'est-ce que vous leur apprenez, quand les étudiants sont en difficultés par exemple ?* ». Ceci fait écho avec ses propos sur son arrivée en IFSI qui s'était faite « *par choix* », l'IFSI pouvant être un endroit où les cadres de proximité non performants seraient affectés. Au niveau de sa hiérarchie au sein de son IFSI, le discours reste négatif : « *Au niveau des cadres sups, être reconnue j'en suis pas certaine. On est dans le faire, on répond à des commandes et à un référentiel, à des modules, à des TP, à des consignes, etc. Je trouve qu'une fois qu'on répond, tout va bien. Quand tu commences à plus trop répondre à tout ou à émettre des avis, c'est davantage compliqué. [...] Avec une Direction qui je pense ne nous connaît pas. Donc ça n'aide pas. C'est pour ça que je t'ai répondu non* ». Elle pense également ne pas être reconnue financièrement : « *Je trouve qu'on gagne pas suffisamment par rapport à notre statut, ça c'est clair. [...] Par rapport aux infirmières, on n'a pas beaucoup de delta je trouve* ».

Au niveau de ses collègues, Dorothée pense ne pas être appréciée et dit clairement avoir fait des choix pour éviter certains collègues qui ne seraient pas en accord avec ses valeurs de travail : « *Qu'est-ce que je pourrais dire sur mes collègues ? Je pense que je, que je fais pas l'unanimité, mais ça ne me pose pas de problème existentiel, car dans tout groupe, on ne peut pas faire l'unanimité. [...] Mais moi j'ai fait aussi des choix. Des choix des personnes avec qui je travaille au quotidien et des choix de personnes avec qui je peux rendre service, travailler avec eux et puis d'autres avec lesquelles j'ai pas du tout envie de m'en rapprocher. Et je fais tout pour ne pas m'en approcher. Je suis dans une stratégie d'évitement. [...] Moi je veux travailler en bonne collaboration, en bonne intelligence. Moi j'ai pas envie de, de subir des choses qui sont contre mes valeurs de travail. Donc je suis dans la fuite* ». Plus loin dans l'entretien, Dorothée détaille ses propos vis-à-vis de ses collègues : « *Oui, oui, quand j'entends ou quand je vois des absences qui sont pas enregistrées, je trouve que c'est pas logique vis-à-vis des autres. L'équité n'y est pas. Euh... quand je vois que les cours sont planifiés pour*

deux heures ou quatre heures, et que finalement les étudiants sont constamment à la recherche d'une réduction du temps de travail, et qu'on dit oui à tout. Parce que finalement ça arrange bien certaines personnes de quitter plus tôt aussi. C'est contre-valeur ! Enfin c'est un peu contre-valeur, et ça ça me crispe quand je vois qu'on perd des documents, quand je vois qu'on n'est pas rigoureux sur l'élaboration des dossiers. Enfin ça c'est des choses qui m'exaspèrent, euh... quand on est cadre et qu'on n'est même pas capable d'écrire sans faute ou de transmettre [...] parfois des choses qui sont de l'ordre du jugement de valeur, parfois sans s'en rendre compte. Ça me gêne. Quand on raconte sa vie aussi, ça me gêne ».

À l'opposé Dorothée se sent reconnue professionnellement par les étudiants : *« Ouais, par contre oui, oui. Un vrai oui, un vrai oui parce qu'on a des retours sur qui on est, comment on est, sur ce qu'on leur apporte aussi. Et moi j'en ai, j'en ai en direct, j'en ai en fin de promo, j'en ai au fil de l'eau ».* La reconnaissance est également perçue par les formateurs de terrain, mais celle-ci vient de ses passés d'infirmière et de cadre de terrain : *« Oui parce qu'ayant fait les deux, déjà j'ai un bon réseau. Moi je suis du CHU, je connais que le CHU. [...] Et quand je fais des suivis de stage, ben le réseau je l'ai ».*

Au niveau des intervenants extérieurs, cette reconnaissance professionnelle est mitigée, dépendant des interlocuteurs : *« Intervenants extérieurs... Ceux qui viennent, qu'on sollicite éventuellement, que ce soit universitaire ou pas ? Euh... ouais moyennement, moyennement. Tout dépend à qui on s'adresse ».*

Dorothée se sentait davantage reconnue professionnellement en tant que cadre de proximité. Elle met cela en lien avec les responsabilités qui semblent moindres en IFSI et au fait qu'elle met elle-même moins en avant son activité professionnelle car la charge mentale est moins importante maintenant : *« J'avais plus de reconnaissance quand j'étais cadre de santé sur le terrain. Pourquoi ? Parce que la dimension était différente. C'était vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept, les équipes, la gestion des plannings, les familles, la notion de gestion de patients, responsabilité inhérente aux patients, enfin éviter qu'il y ait une mauvaise pratique tout ça. Enfin j'en parlais aussi. Qu'ici c'est vrai que l'impact est moindre, même si pour moi l'idée c'est de les amener au diplôme d'état quand même. [...] Donc finalement je gère moins, j'en parle moins et peut-être que finalement mon nouveau métier, il est pas perçu de la même manière. C'est un peu l'analyse que j'en fais ».* En tant qu'infirmière, la reconnaissance était également perçue : *« J'avais pas de problème avec mes collègues de... Enfin j'ai beaucoup travaillé en collaboration infirmière/AS, je pense que c'était un plus pour que dans l'équipe ça fonctionne bien. [...] Reconnue pour des compétences oui, parce qu'avec le temps oui, tu commences à être un peu pilier du service. Tu as fait plein de*

choses, tu sais en parler et pourquoi tu en parles. Enfin je tutorais beaucoup les nouveaux arrivants, donc je pense que c'est aussi une reconnaissance de la hiérarchie de tutorer. Euh... je tutorais aussi les étudiants à l'époque, donc pareil à ce niveau-là je pense que c'était un plus ».

Enfin elle pense que son activité professionnelle n'est pas bien connue des personnes extérieures au milieu (para)médical : *« Les gens savent pas toujours ce que c'est un cadre de santé quand on le dit. Y a des gens qui disent : c'est quoi ? ».*

Regard sur le processus d'universitarisation

Dorothée éprouve des sentiments mitigés par rapport à l'universitarisation de la formation infirmière. D'une part, elle *« trouve ça bien dans un sens, parce que finalement les universitaires, ils ont quand même un niveau qu'on n'a pas forcément »*. D'autre part, elle verbalise ses craintes : *« Mais, en même temps, j'ai un peu peur à l'avenir. Dans le sens où est-ce qu'on va pas devenir les petites mains du procédural et qu'on va y perdre euh... les apports théoriques ? J'ai un peu peur de ça. [...] Mais en tout cas, je pense qu'à un moment, on va quand même perdre quelques billes au détriment d'être plutôt les petites mains des universitaires »*. Elle perçoit l'élévation du niveau de la formation comme un possible gain en termes de reconnaissance tout en appréhendant de ne pas pouvoir dispenser de savoirs théoriques mais uniquement des savoirs procéduraux, ce qui pourrait avoir un effet inverse sur la reconnaissance : *« Ma crainte, c'est oui je te dis, d'être plutôt dans le procédural et qu'on nous baisse notre reconnaissance »*. Elle appréhende que les formateurs IFSI actuels, issus de la profession infirmière, soient moins nombreux et aient un rôle moins central dans le futur : *« Ici on est vingt-cinq, est-ce que si vraiment l'Université revient à la charge, est-ce que finalement on sera toujours vingt-cinq, nous ? Professionnelles de santé, infirmières de formation initiale ? Je ne pense pas. [...] Mais de toute façon, je pense que malgré tout, il y a aura toujours des cadres de santé formateurs en complément. Mais dans quelle mesure et pour quoi faire ? »*.

Dorothée pense être impactée directement par cette universitarisation, pensant ne pas être en capacité de s'engager dans un doctorat pour devenir enseignant-chercheur, profession qui reste mystérieuse pour elle : *« Déjà d'une, enseignant-chercheur pour moi c'est un grand point d'interrogation. Honnêtement, je sais pas vraiment en quoi ça consiste, ce que ça demande comme compétences. Euh... je pense que j'ai pas le bagage intellectuel pour pouvoir le faire »*.

Synthèse de l'entretien de Dorothée

Dorothée présente un processus biographique (Dubar, 2010) qui s'inscrit dans une double rupture entre ses identités héritées (*Ibid.*) d'infirmière et de cadre de proximité et son identité investie dans le présent (Gravé, 2002) de formatrice d'une part et entre son identité investie dans le présent (*Ibid.*) et son identité visée (Dubar, 2010) de directrice de structure de soins d'autre part. Elle ne se présente plus comme infirmière, se définissant comme cadre de santé formateur. Dorothée ne se sent d'ailleurs plus infirmière et après avoir été manager en service, puis formatrice IFSI, elle envisage maintenant d'évoluer vers un poste de direction. Dorothée s'inscrit donc dans une dynamique de transformation identitaire exogène (Kaddouri, 2006). Elle dit essayer d'avoir une posture d'accompagnatrice (Boissart, 2017) vis-à-vis des ESI, en étant rigoureuse, organisée et respectueuse. Dans ses relations pédagogiques, elle développe également une posture de médiatrice (*Ibid.*) en favorisant le questionnement des apprenants et en recherchant l'interactivité. Les compétences organisationnelles et d'ingénierie pédagogique sont perçues comme primordiales dans son activité de formatrice IFSI. Dorothée ne perçoit globalement pas de reconnaissance professionnelle positive hormis celle venant des étudiants et des formateurs de terrain. Le jugement d'utilité (Dejours, 2003) est perçu négativement au niveau des supérieurs hiérarchiques, et positivement vis-à-vis des ESI. Le jugement de beauté (*Ibid.*) par les pairs formateurs est négatif. La reconnaissance venant des formateurs de terrain découle des identités héritées (Dubar, 2010) d'infirmière et de cadre de proximité qui semblent convoquées comme stratégies identitaires (Kaddouri, 2019a) pour atteindre celle-ci. L'universitarisation de la formation infirmière est perçue comme un moyen d'élévation par la reconnaissance de savoirs académiques. Mais Dorothée appréhende dans le même temps que les formateurs IFSI actuels qui n'élèveraient pas leur niveau de diplôme par un doctorat soient réduits à un simple rôle d'exécutant. Elle dit ne pas se sentir capable intellectuellement parlant de s'engager dans un travail de thèse, ce qui conditionne peut-être son projet de Soi pour soi (Kaddouri, 2002).

2.2.5. Analyse de l'entretien d'Emmanuelle

Emmanuelle est formatrice IFSI dans un CHU depuis quatre ans, après avoir été de nombreuses années formatrice en école de puéricultrices dans le même établissement.

L'entretien⁸ a eu lieu dans le cadre professionnel et a duré 52 minutes. Emmanuelle est cadre de santé et titulaire d'un master en management, d'un master 1 en santé publique et d'un DU de sophrologie. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Emmanuelle n'a pas réussi au cours de notre entretien à départager deux motivations principales pour devenir formateur/formatrice : son envie d'entrer dans l'enseignement et son envie de transmettre les savoirs infirmiers.

Regard sur les identités héritées

Emmanuelle a 58 ans au moment de l'entretien. Elle est divorcée et a deux fils. Son ex-mari n'avait pas de lien avec le milieu médical ou paramédical. Sa mère a été assistante-sociale avant de devenir professeure dans l'Éducation Nationale. Son père était pharmacien, ce qui a amené Emmanuelle, après avoir obtenu un baccalauréat scientifique en 1979, à s'engager dans des études de pharmacologie, sans succès : « *Familialement parce que mon père était pharmacien et donc j'avais intégré la faculté de pharmacie où j'ai, j'ai échoué en pharmacie* ». Après deux années en faculté de pharmacie, suivies d'une année en faculté de médecine, Emmanuelle choisit de rester « *dans le milieu du soin* » et envisage de passer différents concours : sage-femme, masseur-kinésithérapeute et infirmier. Finalement, elle ne s'inscrit pas au concours de sage-femme et elle réussira les deux autres. Elle choisira la formation infirmière pour des raisons géographiques : « *Pour une raison tout à fait géographique d'une part. Parce qu'il n'y avait pas d'école de kinés à cette époque-là sur [REDACTED] et que c'était très compliqué au niveau familial de partir sur, sur [REDACTED] à l'époque* ». L'arrivée d'Emmanuelle dans la profession infirmière n'était donc pas son choix premier : « *Je suis arrivée dans la formation d'infirmières tout à fait par hasard, parce que ce n'était absolument pas du tout ce que j'avais choisi, puisque j'avais entamé des études de pharmacie. [...] C'est vraiment une réorientation. Mais j'ai découvert ce métier et j'ai, j'ai apprécié* ».

Emmanuelle devient donc infirmière en 1985 et exerce dans divers services de médecine, notamment d'endocrinologie. Puis elle décide de se spécialiser dans la prise en charge des enfants et devient infirmière puéricultrice en 1994. Elle va alors travailler en CHU en unité de réanimation pédiatrique pendant quelques années. Ensuite Emmanuelle choisit de quitter le milieu hospitalier : « *J'avais besoin d'une expérience dans la fonction publique extrahospitalière* », et elle s'engage en protection maternelle et infantile dans une zone prioritaire d'éducation pendant cinq ans.

⁸ Cf. annexe 6

Intervenante régulière en école de puéricultrices, Emmanuelle a été sollicitée par la directrice de celle-ci pour devenir formatrice. Elle intègre donc la formation en tant que faisant-fonction de cadre de santé. Puis elle devient cadre de santé en 2003 avant d'obtenir le poste de responsable pédagogique de cette école. Le poste de directrice lui sera deux fois proposé mais elle le refusera pour des raisons familiales : « *Par deux fois aussi, on m'a proposé la direction, il faut le reconnaître de l'école de puéricultrices mais que j'ai été obligée de refuser pour des problèmes familiaux* ».

Pendant ses années d'exercice à l'école de puéricultrices, outre le diplôme de cadre de santé, Emmanuelle deviendra titulaire d'un « *DU de santé publique de promotion de la santé option pays de développement* » en 2009, d'un « *master 2 en droit économique et gestion administrative, économique et sociale* » en 2012 et d'un master 1 en santé publique en 2014.

Des contraintes économiques, par le biais d'un plan de retour à l'équilibre financier, entraineront l'arrivée d'Emmanuelle dans la formation initiale infirmière contre son gré : « *C'est une arrivée tout à fait contrainte absolument : plan de retour à l'équilibre, une arrivée contrainte* ».

Ses motivations principales pour devenir formatrice, au moment où elle a intégré l'école de puéricultrices, sont l'envie d'entrer dans l'enseignement (en lien avec un héritage maternel ?) et l'envie de transmettre les savoirs infirmiers en lien avec l'enfant.

Regard sur l'identité investie dans le présent

Emmanuelle se sent encore infirmière : « *J'oublie pas que je suis infirmière initialement ça c'est certain* ». Lorsqu'elle retourne dans des services de soins, lors de suivis de stage, ce sentiment est majoré : « *Je me sens encore infirmière dans, surtout quand je fais du suivi de stage* ».

Emmanuelle se présente, indépendamment de l'interlocuteur, comme puéricultrice cadre de santé pédagogique : « *Je dis simplement que je suis puéricultrice, alors ça c'est sûr, et cadre de santé. [...] Et pédagogique* ». Nous remarquons que l'identité héritée infirmière est encore bien présente avec l'emploi de la spécialisation d'infirmière puéricultrice.

Regard sur les identités visées

Emmanuelle exprime clairement son envie de changement : « *Très clairement, si j'ai l'opportunité de faire autre chose... J'ai fait le tour largement de... de la pédagogie avec la spécialisation, plus l'IFSI. Oui... donc j'ai envie de changer. Je pense que trois ans et demi ou quatre ans que je suis à l'IFSI, je peux envisager d'autres choses si l'opportunité se présente* ». Elle verbalise avoir envie d'évoluer professionnellement : « *J'ai encore envie d'évoluer dans ma forma..., dans ma fonction. Parce que pour l'instant, j'ai l'impression de stagner ou d'involuer, et que j'ai envie de... peut-être sur une fin de carrière, de trouver un autre poste* ». Cette évolution semble impossible dans son lieu d'exercice actuel : « *Alors cadre sup, ça m'aurait intéressé mais en pédagogie. Cadre sup en unités, ça ne m'intéresse pas* ». Alors elle l'envisage sur d'autres lieux : « *Par deux fois aussi, on m'a proposé la direction, il faut le reconnaître de l'école de puéricultrices mais que j'ai été obligée de refuser pour des problèmes familiaux. Donc j'ai cette voie-là qui s'ouvre* ». Ou alors elle pourrait, en utilisant son DU de sophrologie, « *proposer des interventions de façon très transversale à d'autres écoles* » en s'engageant dans la voie du libéral. Si elle était plus jeune, un poste d'enseignant-chercheur aurait pu l'intéresser : « *Ce qui me freine, c'est l'âge. Donc tout simplement, j'aurais dix ans de moins, je foncerais largement* ».

Regard sur les identités assumées

L'arrivée d'Emmanuelle en IFSI a été contrainte et forcée, mais elle a cependant pu élaborer son activité professionnelle autour de deux éléments forts de son parcours : les soins relationnels à travers la sophrologie et surtout la santé publique : « *Une chance pour moi c'est la santé publique. Parce qu'en fait comme j'avais travaillé, c'est un champ de prédilection, et donc j'ai des UE en lien avec la santé publique et les soins relationnels qui me touchent, qui me tiennent à cœur* ».

Titulaire d'un diplôme de cadre de santé, Emmanuelle n'a cessé de se former depuis ses débuts professionnels : « *Je pense que la formation continue, moi j'ai pas cessé de, de faire des formations* ». Elle a obtenu par ce biais plusieurs diplômes universitaires : un master en management, un master 1 en santé publique, un DU de santé publique et un DU de sophrologie.

Emmanuelle se définit comme une formatrice qui part des connaissances des étudiants pour les aider à construire de nouveaux savoirs, en apportant au besoin des compléments : « *Ce n'est pas moi qui détient le savoir. Beaucoup de choses, ils savent déjà beaucoup de*

choses et on prolonge... Je leur apporte des compléments, mais tout en partant de ce qu'ils savent ». Elle adopte ainsi une posture de médiatrice au niveau des situations d'enseignement, en privilégiant l'interaction : « *Qu'ils soient passionnés par le sujet et que... oui qu'ils soient intéressés, qu'ils posent des questions et qu'il y ait un retour, qu'il y ait cette interaction ouais* ». Elle préfère les TD au cours plus magistraux : « *Donc je m'y retrouve, je me retrouve dans cette pédagogie quand il y a des TD* ». L'authenticité est la valeur privilégiée d'Emmanuelle dans sa profession, et elle attache aussi une importance à l'écoute, à l'observation et aux capacités relationnelles. Dans sa relation à l'étudiant, elle privilégie également une posture d'accompagnatrice en partant des ressentis des étudiants. En effet, la motivation des étudiants est primordiale pour elle, par exemple au niveau des guidances de MFE : « *Qu'ils soient motivés par leur sujet, passionnés par leur sujet. Ça c'est le plus important pour moi* ». Enfin pour Emmanuelle, les compétences relationnelles, organisationnelles et d'adaptation sont primordiales dans la pratique d'un formateur IFSI.

Regard sur les identités attribuées

Emmanuelle dit clairement ne pas se sentir reconnue par son institution, en lien avec son arrivée en IFSI consécutive à un plan de retour à l'équilibre financier qu'elle a vécu « *comme une sanction* ». Avant cette mutation, elle percevait une forme de reconnaissance institutionnelle vis-à-vis d'elle : « *Jusqu'alors, je, je, je trouvais que c'était, qu'il y avait une reconnaissance effectivement. Euh... dans le sens où il y avait des missions confiées qui, qui étaient, qui équivalaient à reconnaissance* ». Ceci a pour conséquence de lui donner « *l'impression d'involuer plutôt qu'évoluer* ». Au niveau de sa hiérarchie directe actuelle, le discours est plus positif : « *Je suis reconnue pour certaines choses, ouais je pense. [...] Oui, par rapport à mon parcours professionnel, etc. Et à ce que je peux apporter dans une équipe et au niveau institutionnel* ». Au niveau des ESI et de ses collègues formateurs, Emmanuelle ne connaît pas leurs regards sur elle : « *Il faudrait leur demander. Mais je ne sais pas* ». Elle se sent reconnue par les intervenants extérieurs et par les formateurs de terrain. Pour ces derniers, cette reconnaissance semble venir de son passé d'infirmière : « *Je suis infirmière initialement ça c'est certain. Euh... mais je pense que ça prend encore plus sens, enfin cette légitimité, elle prend encore plus sens quand je suis sur les terrains de stage* ». Dans son entourage proche, Emmanuelle pense que la vision de son activité professionnelle est très parcellaire : « *Pour beaucoup, il y a une méconnaissance du travail de cadre de santé puéricultrice* ». Enfin elle ne se sent pas reconnue financièrement, notamment par rapport à ses diplômes universitaires : « *Je trouve que les exigences qui ont été posées, enfin ça date*

depuis plus de dix ans, des masters, etc., ne sont absolument pas reconnues. Donc c'est beaucoup d'investissements, qui ne sont pas reconnus financièrement ».

Antérieurement, dans les autres postes occupés, Emmanuelle se sentait reconnue beaucoup plus positivement. « *Pour l'école de puéricultrices, c'est indéniable* », répond-elle quand nous évoquons son dernier poste précédent l'actuel. En PMI, cela était également le cas : « *Quand j'étais infirmière-puéricultrice en PMI, oui, il y avait une autre reconnaissance. [...] On avait cette reconnaissance du travail. Une reconnaissance même valorisée, parce que moi je me souviens d'avoir été seule sur mon secteur de puéricultrice, [...] J'ai été valorisée par ma hiérarchie et même valorisée au niveau du Conseil Général puisqu'ils m'ont attribuée une prime* ».

Regard sur le processus d'universitarisation

Emmanuelle dit éprouver des difficultés à l'heure actuelle pour se représenter concrètement l'universitarisation de la formation infirmière : « *J'ai vraiment du mal à me projeter là-dedans. [...] Je vois pas comment les choses vont être agencées à l'Université* ». Elle voit cependant un impact certain sur l'avenir des formateurs IFSI : « *Je pense que cela peut impacter, bien sûr, nos postes, notre avenir professionnel. [...] Et puis est-ce que ça existera encore cette formation de cadres formateurs ?* ». Elle pense que la profession de cadre formateur va évoluer en lien avec l'universitarisation, avec à terme la nécessité d'être titulaire d'un doctorat : « *Mais je pense que ce métier va complètement évoluer. Cadre formateur, peut-être que... de toute façon cadre formateur ne va sûrement pas suffire pour pouvoir... intégrer en tout cas l'Université. [...] Je le conçois plus dans une évolution de métier : infirmier, puis ensuite pouvoir évoluer de façon autre : passer un master, ensuite doctorat, et intégrer l'Université pour être formateur* ». À travers cette dernière phrase, Emmanuelle montre son attachement à ce que les formateurs IFSI restent de formation initiale infirmière. Elle pense que cela est indispensable : « *Je suis convaincue, qu'il faut connaître déjà le métier d'infirmière, connaître toutes, toutes les tâches effectuées, les actes effectués pour comprendre les problématiques des infirmières* », « *Ben être infirmier initialement, ça me paraît nécessaire comme je l'avais dit au départ pour bien comprendre ce qu'est le métier* ».

Synthèse de l'entretien d'Emmanuelle

Emmanuelle présente une identité héritée (Dubar, 2010) forte d'infirmière, peut-être renforcée par sa spécialisation de puéricultrice. Elle se présente d'ailleurs toujours comme infirmière, par le biais de sa spécialisation de puéricultrice. Depuis le début de son parcours professionnel, elle s'est toujours sentie reconnue professionnellement. Néanmoins son arrivée contrainte à l'IFSI a été vécue comme une sanction et actuellement la reconnaissance institutionnelle n'est plus présente et les identités visées (*Ibid.*) s'inscrivent en rupture avec l'identité investie dans le présent (Gravé, 2002). Emmanuelle s'est inscrite dans une dynamique de gestation identitaire avec un projet de reconstruction de Soi (Kaddouri, 2006) qui a évolué vers une dynamique de transformation identitaire endogène (poste de Direction dans une structure de formation ou formatrice en sophrologie) ou exogène (*Ibid.*) avec un exercice envisagé de la sophrologie en activité libérale. La reconnaissance professionnelle par les formateurs de terrain semble légitimée par le passé infirmier, utilisé comme stratégie identitaire (Kaddouri, 2019a). Les jugements d'utilité et de beauté (Dejours, 2003) lui paraissent en partie négatifs et en partie incertains. Elle se perçoit comme non-détentrice des savoirs, aidant les étudiants à les acquérir eux-mêmes en partant de leurs propres connaissances, adoptant ainsi une posture de médiatrice (Boissart, 2017). Déclarant également une posture d'accompagnatrice (*Ibid.*), elle attache beaucoup d'importance aux ressentis des ESI et pense que les compétences relationnelles, organisationnelles et d'adaptation sont primordiales dans sa pratique professionnelle. Ses diplômes universitaires viennent légitimer sa fonction, même si elle pense qu'ils ne sont pas financièrement reconnus. L'universitarisation de la formation infirmière lui paraît encore floue. Néanmoins elle perçoit une probable évolution de la profession de formateur avec la nécessité d'obtenir un doctorat pour l'exercer, mais aussi le risque que des personnes non issues d'un cursus infirmier puissent y accéder.

2.2.6. Analyse de l'entretien de Flore

Flore n'est plus formatrice IFSI dans un CHU depuis quelques semaines lors de cet entretien⁹. Après environ un an d'exercice en tant que faisant-fonction de cadre de santé formatrice, elle a fait le choix de retourner travailler en service en tant qu'infirmière. Cet

⁹ Cf. annexe 7

entretien, réalisé dans un cadre professionnel, a duré 59 minutes. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Flore a mis en avant son envie d'entrer dans l'enseignement comme motivation principale pour devenir formatrice.

Regard sur les identités héritées

Au moment de l'entretien, Flore a 28 ans. Elle vit en concubinage et n'a pas d'enfant. Elle a longtemps hésité au sujet de son projet professionnel entre professeure de français et infirmière. Son choix s'est fait par rapport aux filières présentes à l'époque dans son lycée : *« Mais au vu des opportunités par rapport au lycée, aux bacs qu'ils présentaient, j'ai fait le choix de m'orienter vers sciences médico-sociales et donc la profession infirmière. [...] Il n'y avait pas de bac littéraire sur le lycée où j'étais »*. Nous retrouvons trace d'un héritage familial par rapport au milieu paramédical : *« J'ai ma grand-mère qui est aide-soignante de formation, quelques tantes éloignées infirmières »*.

Après avoir obtenu un baccalauréat en sciences médico-sociales, Flore est directement entrée en IFSI en 2008. Diplômée infirmière en 2011, elle a exercé un an en service de réanimation en clinique, puis cinq ans en service d'urgence en centre hospitalier. Engagée dans la formation des ESI dans son service et intervenant ponctuellement en IFSI lors de soutenances de MFE, Flore a eu envie de changement dans son exercice professionnel et elle a donc postulé pour devenir formatrice IFSI : *« Après cinq ans d'urgences, j'avais envie de faire autre chose, de voir autre chose et j'ai vu l'annonce du CHU de [REDACTED] qui recherchait une infirmière en tant que formatrice. J'ai postulé, ça s'est concrétisé et voilà pourquoi je me suis retrouvée formatrice à l'IFSI »*. Elle a donc intégré un IFSI en tant que faisant-fonction de cadre de santé formatrice et n'a pas eu d'hésitation au moment de s'engager. Flore énonce comme motivation principale pour devenir formatrice son envie d'entrer dans l'enseignement, puis l'envie d'évoluer professionnellement et également une envie de transmettre des valeurs.

Après un an d'exercice professionnel en tant que formatrice IFSI, elle décide de retourner travailler en service de réanimation en tant qu'infirmière. Malgré son intérêt pour la formation, Flore a choisi de redevenir infirmière car le contact avec le milieu du soin dans les services lui manquait : *« Alors non pas parce que la formation me plaisait pas, c'était intéressant. Je pense que... peut-être que la rupture avec le soin a été trop brutale, de passer de l'un à l'autre soudainement. [...] Je pense que j'étais peut-être pas complètement prête à quitter le milieu du soin aussi rapidement »*.

Regard sur l'identité investie dans le présent

Lors de son court passage en IFSI, Flore est restée dans une phase de transition professionnelle. Elle s'est donc toujours sentie infirmière, mais elle craignait peut-être de ne pas le rester : « *Pour moi j'étais toujours entre guillemets infirmière, même si je ne faisais pas de soins, parce que c'était quand même récent [...] Je me sentais encore infirmière. Alors infirmière où ? Ben à l'école d'infirmiers parce que voilà je travaille à l'école d'infirmières* ». Étant devenue formatrice en gestes et soins d'urgence, elle garde un contact avec le milieu de la formation.

Flore s'est toujours présentée comme infirmière : « Quand on me demandait ce que je faisais, je disais toujours que j'étais infirmière ». Elle accolait le terme infirmière à formatrice quand elle avait à se présenter, indépendamment des interlocuteurs : « *Moi je me suis toujours présentée comme étant infirmière formatrice* ». Au-delà du fait qu'elle se sentait toujours infirmière, elle dit avoir utilisé ce terme pour ne pas laisser place à une ambiguïté : « *Oui je suis faisant-fonction, non je suis pas cadre, oui j'ai le diplôme infirmier, pas le diplôme cadre. Je suis infirmière formatrice. C'est d'ailleurs pour ça que je m'en suis jamais cachée. Je ne me suis jamais présentée en disant : je suis formatrice à l'IFSI en laissant éventuellement planer le doute sur le fait que je sois cadrée ou pas* ».

Regard sur les identités visées

En lien avec notre recherche, nous faisons ici le choix de porter notre regard de chercheur au moment où Flore était formatrice IFSI pour examiner ses identités visées. L'identité visée s'est donc inscrite dans la rupture de son identité de formatrice, pour rejoindre son identité héritée d'infirmière qu'elle souhaitait prolonger.

Flore a pour projet de s'engager dans une spécialisation, celle d'infirmier anesthésiste. Flore n'exclut pas à long terme de revenir dans la formation : « *Donc voilà peut-être qu'un jour je serai à nouveau formatrice, ou dans un IFSI ou dans une école d'IADE. Je ne sais pas* ».

Regard sur les identités assumées

Habitée à travailler en horaires infirmiers (matin, après-midi, nuit), l'arrivée en IFSI a constitué un changement important de rythme de travail pour Flore : « *Forcément moi ça m'a chamboulée sur mon rythme de travail. On repasse d'un rythme de travail matin/après-*

midi/nuit à un rythme entre guillemets de bureau avec des horaires quand même assez élargis. Les cours, voilà c'était quand même des horaires huit heures, dix-huit heures en fonction de l'organisation. Donc c'est un autre rythme de travail ». La transition entre l'activité infirmière et l'activité de formatrice semble avoir été difficile, regrettant le peu de liens de sa nouvelle fonction avec les lieux de soins : « *Passer de soins très techniques à plus de soin du tout. Très peu de contact avec les patients, le personnel de terrain parce que les suivis de stage, on n'est pas beaucoup en lien réellement avec les équipes sur le terrain ».*

Le statut de faisant-fonction ne semble pas avoir gêné Flore dans son activité professionnelle : « *Je l'ai pas mal vécu. Parce que moi, je suis bien au clair avec ça, j'ai pas de complexe ».*

Flore se définit en tant que formatrice davantage dans l'accompagnement des personnes que dans la transmission de savoirs : « *Pour moi c'était quoi une formatrice ? C'est pas quelqu'un qui dit tout ce qu'elle sait, tout ce qu'elle a appris et qui transmet tout. C'est plus quelqu'un qui accompagne les étudiants et qui les aide d'une manière qui leur est le mieux adaptée, on va dire, à acquérir les connaissances quoi. [...] C'est plus un rôle d'accompagnateur que réellement de transmission ».* Elle attache de l'importance à l'individuation dans la relation pédagogique (« *En fonction des étudiants que tu as, on va pas avoir la même méthode pédagogique parce que tout le monde n'est pas réceptif à la même chose »*) tout en restant équitable : « *Ne pas faire de différence entre les étudiants, être... comment dire... pas de faire de différence... enfin voilà les traiter tous de la même manière, ne pas faire de favoritisme, etc. Ça je trouvais ça important aussi ».* La relation de confiance à créer avec les ESI est importante également pour elle : « *J'étais très attachée à la relation de confiance que l'on peut créer avec un étudiant au fur et à mesure qu'on l'accompagne ».* Pour ce faire, elle se voulait disponible et à l'écoute, tout en leur laissant une certaine liberté : « *Être disponible pour eux. [...] D'écouter leurs difficultés parce que souvent ils ont l'impression d'être perdus. [...] Leur laisser une certaine liberté sur leur travail ».* Elle se présente comme une personne rigoureuse : « *Professionnellement, je suis quelqu'un d'assez carré, exigeant, j'aime bien quand ça tourne bien, quand tout est bien rangé à sa place, etc. Et je... voilà j'aime bien quand ça tourne bien ».* Elle déplorait dans son institut un manque d'échanges entre collègues formateurs autour de la pédagogie « *C'est peut-être réellement d'échanger avec les collègues sur... justement comment accompagner, comment construire les choses pour les étudiants ».* Elle regrettait également un manque de contact avec les terrains de stage : « *On n'est pas beaucoup en lien réellement avec les équipes sur le terrain ».* Enfin pour elle, pour être formatrice IFSI, il est nécessaire de posséder des compétences organisationnelles, communicationnelles, d'adaptation et infirmières : « *Il faut quand même*

avoir les compétences infirmières pour être formateur, parce qu'on forme des futurs infirmiers. Je pense qu'il en faut ».

Regard sur les identités attribuées

Lors de son année d'exercice en IFSI, Flore s'est sentie professionnellement reconnue par ses collègues et par sa hiérarchie directe : *« Professionnellement, j'ai eu des retours qui globalement étaient positifs aussi, que ce soient de la part de mes collègues formateurs, mais également de mon encadrement »*. Elle se sentait également reconnue par les étudiants, mais davantage pour son passé infirmier : *« J'étais reconnue par les étudiants parce que j'avais une expérience professionnelle, je n'hésitais pas à leur faire part de l'expérience que j'avais pu avoir quand j'étais infirmière sur le terrain pour illustrer mes propos, etc. Et je pense que du coup ça a permis d'être reconnue comme voilà, formatrice avec une expérience professionnelle. Ouais, je pense que j'étais reconnue même dans mon rôle d'accompagnatrice auprès d'eux »*. Au niveau des maîtres de stage, elle se sentait peu reconnue, probablement selon elle en lien avec son statut et son âge : *« Alors sur le terrain, le fait d'être infirmière formatrice, donc non cadrée, certains cadres, par exemple je pense, ne me reconnaissaient pas réellement comme formatrice. J'étais la petite jeune, qui travaillait à l'IFSI, qui arrivait et voilà. D'ailleurs on ne me recevait pas dans le bureau. On participait, on ne participait au moment d'échange avec l'étudiant, etc. Ils étaient absents du suivi de stage »*. Ce sentiment était différent avec les formateurs de terrain infirmiers, mais la légitimité semblait venir, comme pour les ESI du passé d'infirmier : *« Oui, oui parce que... alors est-ce que justement parce que je me présentais comme infirmière formatrice à l'IFSI ? Je sais pas, mais j'ai jamais eu de souci par rapport à ça en tout cas »*. La reconnaissance professionnelle était perçue chez les intervenants extérieurs. Mais elle ne l'était pas par l'institution au sens large, en lien avec le statut de faisant-fonction : *« Non, non parce qu'on est à un poste entre deux. [...] Le terme déjà, faisant-fonction... Alors faisant-fonction, c'est bien sympathique. Alors on nous forme, etc. mais arrivé à un moment, on nous demande les mêmes choses. On est responsable d'UE, il faut préparer des choses, il faut préparer les dossiers pour les DE. Alors certes, on ne sait pas tout. Donc les collègues continuent de nous former, nous donner les infos, etc. Mais en même temps, il faut quand même rendre les comptes au niveau de la hiérarchie, etc. [...] Donc en termes de reconnaissance, non je pense que c'est un statut qui est un petit peu... où on n'est pas forcément reconnu dans l'institution en tout cas »*. La reconnaissance financière n'est pas présente non plus : *« Non parce que j'étais moins payée que quand j'étais infirmière pour des fonctions, qui sont alors différentes. [...] Y a quand même encore plus de responsabilités.*

[...] Non financièrement, pas du tout reconnue parce que moi j'avais quand même un gros écart de salaire ». Dans son entourage personnel, extérieur au milieu paramédical, elle était perçue comme ayant une fonction enseignante : « Mais il me voyait comme une maîtresse en fait, une maîtresse d'école voilà. [...] . Famille, amis, ouais globalement c'était un peu ça. Vue comme un prof en fait ».

Elle perçoit un écart important entre le monde de la formation et celui du soin : « *Enfin on le ressent même quand on travaille à l'IFSI, les formateurs sont d'un côté, les professionnels de terrain sont de l'autre. On n'a pas beaucoup de temps d'échanges entre professionnels, on travaille, on travaille, y a pas un réel travail commun ensemble par rapport à la formation infirmière, etc. [...] Donc je pense que c'est un peu vu comme étant deux mondes différents* ». Mais elle perçoit une évolution possible à ce niveau : « *Je pense que ça s'est pas fait avant parce qu'avant c'était encore pire : c'était vraiment deux mondes différents. Il y avait les gens de terrain et il y avait les formateurs d'un côté. D'ailleurs les formateurs n'avaient pas forcément bonne presse auprès des gens de terrain, à cette époque-là* ».

Les conflits professionnels peuvent surgir quand certaines valeurs professionnelles sont malmenées. Comme dans cet exemple avec une étudiante où la relation de confiance a été malmenée : « *Une de mes étudiantes qui a un peu, on va dire, rompu la relation de confiance qu'on essaie un peu de mettre en place avec eux en racontant un mensonge par rapport à une histoire de présentisme en cours* ». Ou encore avec un collègue formateur avec lequel elle ne partageait pas la même rigueur dans le travail : « *Des choses qui sont agaçantes, oui éventuellement sur la rigueur de travail... Oui y a certains collègues, je pense qu'on n'a pas la même rigueur dans le travail. Forcément ça crée des tensions parce que... voilà quand quelqu'un est plus rigoureux que quelqu'un d'autre, c'est déranger entre guillemets* ».

Regard sur le processus d'universitarisation

Flore perçoit positivement l'universitarisation de la formation infirmière, source selon elle d'ouverture professionnelle : « *En termes d'évolution de carrière, en termes de possibilités par la suite que ce soit évolution ou autres lieux d'exercice on va dire. [...] Je pense que c'est quelque chose de vraiment intéressant. [...] Alors que là voilà, la formation infirmière, on a le grade licence, ben derrière on peut aller vers des masters qui amènent après à des doctorats. Enfin y a tout un tas de choses qui s'ouvrent qu'avant on n'espérait pas. À l'époque, les infirmiers diplômés d'État qui n'avaient pas le grade licence, imaginaient faire un doctorat ?*

[...] Puis non, même en termes d'évolution de carrière, un infirmier peut se dire : ben un jour, je serai docteur en sciences infirmières et je ferai de l'enseignement à l'Université, etc. ». Ceci tout en restant méfiante : « Après à voir comment ça va se mettre en place, etc., réellement ce qu'on va mettre derrière tout ça ».

Elle pense qu'à terme la formation de cadre de santé pour devenir formateur IFSI disparaîtra pour être remplacée par un master uniquement : *« Et je pense que oui, si on en arrive à ça, le diplôme d'État de cadre de santé... enfin je pense qu'il va pas... qu'il va pas perdurer longtemps entre guillemets parce que ce sera des masters à la place »*. Elle appréhende cependant le fait que tous les titulaires de master pour devenir formateur IFSI ne soient pas issus de la formation initiale infirmière : *« Je vais aussi défendre, enfin je suis infirmière, je vais pas dire que non il ne faut pas être infirmier pour former des infirmiers. Euh... je pense qu'il manque quelque chose : cette histoire d'expérience, le fait d'avoir soi-même participé aux prises en charge »*. Dans son cas, elle ne l'aurait pas envisagé : *« Moi je me voyais pas, par exemple, être formatrice à l'IFSI si j'avais pas été infirmière »*.

Synthèse de l'entretien de Flore

Au moment de son court passage en IFSI, Flore était dans une période de transition professionnelle (Balleux & Perez-Roux, 2013) marquée par des tensions intrasubjectives et intersubjectives (Kaddouri, 2019a). Les tensions intrasubjectives se situaient entre ses identités héritées (Dubar, 2010), l'identité investie dans le présent (Gravé, 2002) et les identités visées (Dubar, 2010), à savoir devenir formatrice ou rester infirmière. Les tensions intersubjectives avaient lieu entre son projet de Soi pour soi (Kaddouri, 2002) de redevenir infirmière et le projet de Soi pour autrui (*Ibid.*) de devenir cadre de santé. La résolution de ces tensions marquée par une identité héritée infirmière (Dubar, 2010) forte revendiquée l'amènera à retourner exercer en service en tant qu'infirmière après s'être inscrite dans une dynamique de transformation identitaire exogène (Kaddouri, 2006) pour devenir IADE. La reconnaissance professionnelle est perçue différemment selon les familles de collaborateurs, elle semble fortement reposer sur le passé infirmier quand elle est positive (notamment avec les ESI et les formateurs de terrain infirmiers). Les jugements d'utilité et de beauté (Dejours, 2003) sont positifs. Le statut de faisant-fonction, bien accepté dans le quotidien, entraîne une non-reconnaissance institutionnelle et financière. Flore se décrit davantage dans l'accompagnement avec une posture inhérente (Boissart, 2017) que dans la transmission de savoirs, tout en attachant une grande importance aux compétences infirmières pour être formatrice IFSI. Elle perçoit l'universitarisation de la formation positivement, y voyant une opportunité de développement de carrière pour les infirmiers, y compris pour elle. Cependant elle reste réservée et craint que demain des formateurs IFSI puissent ne plus être issus de la profession infirmière.

2.2.7. Analyse de l'entretien de Géraldine

Géraldine est formatrice IFSI depuis deux ans en tant que faisant-fonction de cadre de santé formatrice dans un CHU. Elle vient d'être récemment diplômée cadre de santé. Notre entretien¹⁰ a eu lieu dans un cadre informel et décontracté. Il a duré 58 minutes. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Géraldine a pointé son envie de porter les valeurs infirmières comme motivation principale pour devenir formatrice.

¹⁰ Cf. annexe 8

Regard sur les identités héritées

Géraldine a 39 ans, elle est mariée avec un médecin-urgentiste et n'a pas d'enfant. L'ancrage familial est de son avis très faible : « *J'ai juste une tante, juste une tante qui est infirmière. Sinon ma sœur, mes parents, c'est vraiment d'autres métiers* ». D'aussi loin qu'elle se souvienne, elle a toujours voulu être infirmière : « *Ben j'ai toujours eu envie de faire infirmière, depuis même que je suis toute petite. Je demandais déjà à Noël des valises, mais vraiment des piqûres. Une infirmière, c'est vraiment quelque chose qui me plaisait* ». Elle relie son envie de faire cette profession à son envie d'aider son prochain, d'être à son écoute : « *Et maintenant je me dis que c'est vraiment pas par hasard, j'aime quand même bien aider les gens, je suis toujours euh... prête, dans mes valeurs à aider, à l'écoute* ».

Géraldine a donc passé le concours pour entrer en IFSI pendant sa terminale. À l'obtention de son baccalauréat économique et social, elle a donc intégré la formation infirmière en 1998. Diplômée infirmière en 2001, elle a exercé pendant quatorze ans dans un service d'urgence où elle a porté une attention particulière à l'encadrement des ESI : « *Après quand j'étais aux urgences, je me suis beaucoup investie dans l'encadrement des étudiants, j'étais dans des groupes de travail, j'ai suivi la formation tutorat, j'ai vraiment mis en place le livret d'accueil des étudiants...* ». Son envie de devenir formatrice IFSI est liée à une certaine lassitude de son poste d'infirmière aux urgences, associée à deux forts modèles identificatoires lors de sa formation initiale d'infirmière : « *Alors en 2015, cela faisait quatorze ans que j'étais aux urgences et je me disais que j'avais envie de faire autre chose. Formatrice quand même quand j'étais en IFSI, j'avais eu deux... on disait des monitrices à l'époque, qui m'avaient renvoyé des images plutôt positives et je m'étais dit : tiens un jour, quand j'étais en IFSI, pourquoi pas...* ». Elle postule donc sans hésiter pour devenir faisant-fonction de cadre de santé formateur en 2015, pendant son voyage de noces, avec comme motivation principale l'envie de porter les valeurs infirmières.

À son arrivée en IFSI, Géraldine était sur une mission de remplacement temporaire qui ne devait durer qu'une année, pour se prolonger par un poste d'encadrement d'équipe soignante. Finalement elle restera deux ans formatrice IFSI avant de s'engager dans la formation de cadre de santé en 2017. Diplômée cadre de santé en juin 2018 et titulaire d'un master en sciences de gestion obtenu conjointement, elle retrouve son poste de formatrice à son retour.

Regard sur l'identité investie dans le présent

Géraldine se sent encore infirmière à l'heure actuelle, en transférant ses valeurs soignantes vers sa prise en charge des ESI : « *Est-ce que je me sens encore infirmière ? Oui quand même. Parce que je trouve que le prendre soin que j'avais avec les patients, c'est ce que je retrouve avec les étudiants : je suis bienveillante, je prends soin des étudiants, je les respecte. [...] Sur ça, sur ces valeurs-là, je me sens encore dans mes valeurs d'infirmière* ». Plus loin dans l'entretien, elle confirme ses propos : « *Mais que je suis infirmière... je suis quand même infirmière...* ». A un autre moment en évoquant le cadre dans la relation pédagogique, elle confirme une nouvelle fois l'importance de son identité héritée infirmière dans son identité investie dans le présent : « *Et puis une infirmière, une formatrice aussi qui sait mettre un cadre* ».

Cependant elle ne fait pas mention de son identité héritée infirmière quand elle se présente professionnellement comme « *cadre de santé formatrice* ».

Regard sur les identités visées

Géraldine envisage de devenir manager en encadrant une équipe soignante : « *Et après j'ai des perspectives d'avoir une expérience en management. J'aimerais bien après retourner sur le terrain* ». Mais, se sentant bien dans son exercice actuel, il s'agit d'un projet à moyen terme : « *J'ai quand même après envie d'essayer d'aller manager une équipe, d'accompagner une équipe de professionnels, puis de mener des projets. Mais pas maintenant parce que je trouve qu'avec les restructurations, les difficultés quand même que j'entends sur le terrain, je suis bien pour l'instant* ».

À plus long terme, elle envisage plusieurs évolutions possibles. Par exemple devenir cadre supérieure de santé lui permettrait de postuler à un poste de directeur d'enseignement des soins d'urgence. Grâce à son master en management, elle se projette sur un poste de direction dans une structure médico-sociale : « *Avec mon master, ça ouvre aussi des portes pour des instituts médico-sociaux, bah pourquoi prendre une direction* ». Après l'avoir exclu dans un premier temps, sortant de formation et ayant d'autres projets personnels, Géraldine ne ferme pas la porte à un poste d'enseignant-chercheur : « *Tu vois de reprendre enseignante-chercheuse, peut-être que ça me...* ».

Regard sur les identités assumées

Géraldine évoque l'impact positif de son passage d'infirmière à formatrice en termes de qualité de vie : « *Après l'impact que je trouve qui est quand même positif, c'est qu'on a une vie qui est plus régulière par rapport à sa personnelle. De ne plus faire de nuits, de ne plus faire de weekends, ça a été un impact positif, la vie de formateur sur ça* ».

Géraldine privilégie dans sa pratique les temps individuels avec les ESI où elle peut les accompagner : « *J'apprécie vraiment c'est les temps personnels guidés avec les étudiants. [...] C'est ce que j'adore dans mon métier de cadre de santé formatrice, tous ces temps qu'on peut prendre pour accompagner l'étudiant* ». Elle transmet également certaines valeurs, tout en servant de modèle quant à la mise en application de ces dernières : « *Et je fais souvent le parallèle avec les étudiants : mais comme moi je les prends avec vous ces minutes-là, ils apprécient et ben il faut savoir les transmettre comme ça, faire la même chose avec les patients. [...] La transmission avec les étudiants, ça je me sens bien assise dans ça et ça me convient bien* ». Géraldine se définit donc à travers les valeurs infirmières, qu'elle élargit aux valeurs humaines, comme disponible et à l'écoute tout en étant cadrante : « *Les valeurs infirmières... Alors des valeurs humaines où on a un patient, où on n'a pas des objets même si aujourd'hui tout s'accélère, tout va vite, on a moins le temps. [...] moi je pense que je suis une formatrice à l'écoute, dans la communication, dans les échanges tant formels et informels, dans les couloirs, près de la machine à café, je sais m'arrêter et voilà. Et puis une infirmière, une formatrice aussi qui sait mettre un cadre* ». La pédagogie a une place centrale dans sa pratique : « *C'est le point fort de mon métier, c'est le cœur de mon métier la pédagogie. Après la pédagogie, il y a la relation pédagogique, la pédagogie avec l'enseignement, la transmission des connaissances, donc c'est vraiment la pédagogie à travers les temps personnels guidés. Donc c'est le cœur de mon métier* ». Pour Géraldine, les compétences pédagogiques, relationnelles et organisationnelles sont importantes pour être formateur IFSI. Elle est plus réservée pour les compétences infirmières, mais pense qu'il est préférable de pouvoir servir de modèle : « *Ben pas forcément, parce que... mais après c'est mieux, quand on montre...* ».

Étant depuis peu cadre de santé et titulaire d'un master en management, son statut de formatrice est maintenant légitimé.

Regard sur les identités attribuées

Hormis au niveau des étudiants, la reconnaissance de Géraldine perçue sur son activité professionnelle est au mieux incertaine et bien souvent absente.

Au niveau institutionnel, elle ne sent pas reconnue : « *Ben oui, je trouve qu'on n'est pas assez reconnu les formateurs ! [...] Voilà et on sent bien que même notre direction, en AG, ils font même pas attention qu'il y ait des formateurs quoi. Les thèmes, y a rarement la formation. [...] Je sais pas pourquoi dans la formation on est oublié* ». Elle trouve que dans son établissement l'image véhiculée des formateurs est négative : « *Je trouve que justement on n'est pas encore assez reconnu et je le ressens bien au niveau de notre établissement quoi. Et puis des fois, cette image quand même, même si des fois c'est de l'humour : ben ça va vous les cadres de santé formateurs... [...] Mais on est vraiment mal reconnu encore, ça reste : ben l'IFSI...* ». Géraldine ne sent pas non plus reconnue par sa direction proche : « *Bah pas du tout ! Nous on est, ça c'est quand même dommage, on a une directrice qui a dans son cursus été infirmière, donc cadre de terrain, cadre sup... elle a jamais fait de formation, c'était pas forcément son choix de devenir directrice en IFSI mais voilà elle était là et... avec nous, elle est pas forcément bienveillante, bien au contraire, des fois elle hésite pas à nous dire en réunion : bah vous, vous pensez qu'à vous plaindre, allez voir sur le terrain ce qui se passe. [...] Y a une collègue qui lui parle de la pédagogie, et elle fait : oh la pédagogie, moi j'en ai rien à foutre quoi* ». Au niveau des formateurs de terrain, notamment les cadres de proximité, la reconnaissance semble partielle : « *Oui c'est toujours : ben nous on a des arrêts à gérer, des plannings... Voilà nous c'est des autres choses avec les étudiants. Pourtant ils ont fait un stage en IFSI, en formation dans le cursus quoi. Où même là j'ai encadré une étudiante cadre. Elle me dit : ah ben j'imaginai pas ça, le travail du formateur quoi* ». Géraldine dit d'ailleurs réaliser des suivis de stage longs pour rendre apparente son activité, pour la justifier aussi : « *Des fois quand je vois deux étudiants, j'hésite pas à rester trois heures, à passer l'après-midi pour montrer qu'on est là, qu'on a des choses à faire* ». Elle doute de la reconnaissance chez l'ensemble de ses collègues formateurs, quand elle est présente, elle l'attribue à son réseau professionnel issu de son passé d'infirmière : « *Je pense que je suis reconnue par rapport au réseau que j'ai* ». Cette difficulté avec certains collègues reposerait sur son peu d'ancienneté dans la fonction associée à son envie de changement, de nouveauté : « *Avec certains collègues, des fois on peut sentir qu'on fait de l'ombre... parce que je suis jeune, pareil j'arrive j'ai plein d'idées, j'ai envie de changer des choses ou y a des choses qu'il faut faire changer quoi. [...] Mais bon seule contre vingt-sept, c'est pas toujours facile* ». Au niveau des intervenants extérieurs universitaires, la reconnaissance est encore partielle : « *Ils ne nous reconnaissent pas forcément dans ce qu'on fait* ». Au niveau de son entourage, elle perçoit une reconnaissance de son activité professionnelle : « *Ah oui plutôt. Et puis je renvoie une image assez positive parce que j'aime bien ce que je fais et en plus je trouve qu'il faut le mettre en avant justement, qu'il est pas assez connu, reconnu notre métier. Donc j'hésite pas à mettre en avant ce qu'on fait... ce que je fais* ». Enfin financièrement, elle ne se sent pas

non plus reconnue : « *Non. Non, pas vraiment. Non, non je trouve qu'on est pas du tout... par rapport aux responsabilités, par rapport aux heures qu'on fait, au travail qu'on fait, on n'est pas du tout reconnu* ».

L'image professionnelle renvoyée par l'institution de son activité professionnelle lui semblait davantage positive quand elle était infirmière qu'actuellement : « *Après par rapport à l'institution, en tant qu'infirmière, je me sentais encore plus reconnue que là avec ma direction, même la direction de l'hôpital, cadre de santé formateur moins. Qu'infirmière plus* ».

Regard sur le processus d'universitarisation

Géraldine perçoit difficilement l'universitarisation de la formation infirmière : « *Moi je trouve que c'est flou. Je trouve que c'est flou...* ». Mais elle la redoute et ne la perçoit pas positivement : « *J'ai quand même l'impression qu'on va se faire croquer par l'Université quoi. [...] J'ai l'impression que c'est pas quelque chose qui va être facile l'intégration... [...] Voilà et puis contre l'Université, on pourra rien faire, tout sera déjà décidé. [...] Et j'ai l'impression que ça peut vite arriver même* ». Elle s'interroge sur l'accompagnement des ESI, notamment les suivis individuels qui sont pour elle primordiaux, et sur la transmission des savoirs infirmiers s'ils ne sont plus assurés par des infirmiers de formation : « *Y a vraiment des unités cœur de métier que je vois vraiment pas comment l'Université ils transmettraient ça, et tout ce qui est le point fort de la formation, ce temps TPG, l'accompagnement de l'étudiant... avec l'Université c'est vrai que ça questionne* ».

Elle pense donc qu'il sera toujours nécessaire qu'il y ait des formateurs IFSI qui soient infirmiers de formation : « *Ben oui le cœur de métier de l'infirmière qu'on veut transmettre ces choses-là que le formateur y peut transmettre ça... je vois pas comment l'Université...* ». Cependant son avis est divergeant sur la persistance de la nécessité de posséder un diplôme de cadre de santé pour être formateur IFSI, un master remplaçant le diplôme cadre : « *Ben je pense pas. Avec quoi ? Avec tout ce qui se profile, après un master dans certains domaines, ça pourra, ça pourra... en lien avec les sciences infirmières, en lien avec tout ça, ça pourra...* ».

Son projet étant de quitter la formation à moyen terme, Géraldine pense que son master la protège en quelque sorte de cette universitarisation à court terme, : « *C'est pour ça que je suis contente d'avoir un master, quand même ! Je dis que je partirai mais j'ai quand même... [...] Oui, ah oui. Moi je vois qu'il y a quand même des enseignements qui pourraient m'aider avec le master que j'ai fait, dans des enseignements à l'IFSI quoi* ».

Synthèse de l'entretien de Géraldine

L'identité héritée (Dubar, 2010) infirmière reste présente dans le discours de Géraldine dans sa fonction de formatrice. Les identités visées (*Ibid.*) s'inscrivent dans la continuité à court terme (rester formatrice IFSI). À moyen et long terme le projet professionnel reste flou et multiple. Ce dernier associé à un manque de reconnaissance (hormis par les ESI), avec un jugement d'utilité (Dejours, 2003) partiellement positif et un jugement de beauté (*Ibid.*) négatif, révèlent une dynamique de gestation identitaire avec un projet de confirmation de Soi (Kaddouri, 2002), qui évoluera vraisemblablement vers une dynamique de transformation identitaire (*Ibid.*). Géraldine se décrit professionnellement à la fois dans des postures d'accompagnatrice, d'animatrice, de modèle et d'agent de changement (Boissart, 2017). Attachée à la formation commune des cadres de santé (managers ou formateurs), elle perçoit une différence de perception institutionnelle entre ces deux segments professionnels (Bucher & Strauss, 1992) en défaveur des formateurs. Elle pense que l'image renvoyée était plus positive quand elle était infirmière en service. Elle a une vision encore floue et négative de l'universitarisation de la formation infirmière, craignant une disparition de l'accompagnement individualisé et une impossibilité de transmettre des savoirs sans être issu de la profession enseignée. Elle se sent rassurée par son master, pensant ne pas être trop impactée avant son départ à moyen ou long terme de l'IFSI.

2.2.8. Analyse de l'entretien d'Huguette

Huguette est formatrice depuis quatre ans dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier, après avoir été pendant plusieurs années cadre de proximité. Notre entretien¹¹ a eu lieu dans le cadre professionnel, dans un espace confortable et dédié. Il a duré 69 minutes. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Huguette a mis en avant son envie de porter les valeurs infirmières comme motivation principale pour devenir formatrice.

¹¹ Cf. annexe 9

Regard sur les identités héritées

Huguette a 55 ans au moment de l'entretien. Son mari est enseignant et ils ont trois enfants. Nous ne retrouvons pas d'ancrage familial dans le milieu du soin chez elle. Après avoir obtenu un baccalauréat en sciences économiques et sociales, Huguette a effectué une année de faculté dans la même filière avant de s'engager dans la formation infirmière. Elle souhaitait devenir infirmière puéricultrice et pas infirmière avec des adultes, d'où ce détour dans ses études : *« Au début, tout au départ, je voulais être absolument infirmière puéricultrice. Et je ne voulais être que puéricultrice, je ne voulais pas être infirmière. Donc c'est pour ça que je ne suis pas rentrée à l'école la première année, j'ai continué la fac sciences économiques et sociales en me disant : non je veux m'occuper d'enfants mais je ne veux pas être infirmière »*. Puis après avoir hésité, la prise en soin des adultes lui a plu : *« Et puis ben avec la réflexion, je me suis dit : si il faut y aller. Donc du coup j'ai commencé mes études d'infirmière, puis très rapidement je me suis aperçue que j'étais très bien aussi auprès des adultes »*. Par la suite, elle exercera une douzaine d'années auprès d'enfants, mais ne sera jamais puéricultrice : *« J'ai quand même fait plus d'une douzaine d'années auprès d'enfants. Alors ça s'est trouvé quand même sans avoir fait le diplôme de puéricultrice mais finalement voilà... »*. Diplômée infirmière en 1986, Huguette multipliera les expériences professionnelles en ayant un parcours professionnel très varié pendant une trentaine d'années : *« Avec une expérience quand même très diversifiée tout au long de ma carrière avec un ensemble de services très différents, aussi bien réa, l'urgence, pédiatrie, gériatrie. Donc une grosse expérience avec un changement d'établissement environ tous les quatre à cinq ans »*.

Après avoir été sollicitée à plusieurs reprises par ses supérieurs, Huguette s'engage dans l'encadrement en devenant faisant-fonction de cadre de santé en EHPAD, presque à contre-cœur : *« À la base c'était pas un choix. [...] Ça a été des propositions de ma hiérarchie, à plusieurs reprises, à trois reprises. Sur environ trois années consécutives, à chaque entretien annuel, on me disait : qu'est-ce que tu veux faire derrière ? On te verrait bien cadre »*. Huguette craignait de ne plus être infirmière, de ne plus être au contact direct des patients, ce qui explique ses refus initiaux : *« Oh pas du tout, moi je veux rester auprès des patients. [...] Quand ils nous ont dit : vous posez votre seringue et plus jamais vous n'y toucherez. C'était pour moi difficile au début, et puis à force de nous le répéter, ça m'a préparé à ça »*. Après une année de formation en IFCS, elle revient dans son service pendant environ six ans.

Son arrivée en IFSI se fera sensiblement de la même façon, une sollicitation d'une collègue qui quittait son poste de formatrice et qui lui demande de la remplacer : *« [] est venue me voir en me disant : je m'en vais, je quitte l'IFSI, j'aimerais que ce soit toi qui reprenne*

mon poste ». À nouveau Huguette hésitera et mettra en avant sa crainte de s'éloigner des patients : « *Ah non désolée, je ne suis absolument pas faite pour ça. Non, non ça ne se fera pas. [...] Parce que moi ce qui me posait souci au départ, c'était l'éloignement par rapport aux patients* ». Mais cette fois-ci, la maturation sera très courte, car elle postulera dès le lendemain et sera embauchée trois jours plus tard. Une réflexion sur son intérêt dans la formation des ESI et un échange avec son mari, lui-même enseignant, seront déterminants : « *Bon et puis je suis rentrée le soir à la maison et je dis à mon mari : on m'a proposé un drôle de poste. Et il m'a dit : et alors, tu as accepté ? Ben non, pas du tout. Donc du coup, bon en réfléchissant, il me dit : tu sais c'est vraiment une autre approche de ton métier, c'est peut-être à voir quoi. [...] J'étais déjà extrêmement investie dans l'encadrement des étudiants* ». Huguette exerce depuis en IFSI et ce depuis quatre ans.

Parmi les motivations principales proposées pour devenir formatrice IFSI, Huguette en associe deux dans un premier temps : l'envie de transmettre les savoirs infirmiers et l'envie de porter les valeurs infirmières, ce qui donnera comme réponse : « *transmettre les valeurs* ». Puis elle se positionne finalement sur l'envie de porter les valeurs infirmières, en l'expliquant ainsi : « *Bon c'est vrai on transmet les savoirs, on peut transmettre les savoirs mais il peut ne pas y avoir de valeurs derrière. Alors que moi je pense que les valeurs infirmières doivent être défendues encore et encore* ».

Regard sur l'identité investie dans le présent

Huguette se sent encore pleinement infirmière quand nous lui posons la question, et ce dans tous les contextes : « *Oui complètement, complètement tout à fait. Ouais, ouais. Avec des fois un peu d'inquiétude, je me sens infirmière mais j'ai perdu des compétences* ».

Au niveau de sa présentation professionnelle, Huguette dit éprouver encore des difficultés à se présenter comme « *cadre formateur* », de crainte que cela l'éloigne des lieux de soins : « *C'est vrai que même au bout de quatre ans, j'ai encore du mal à me présenter en tant que cadre formateur. Euh... je reste encore très liée au terrain* ». L'appellation varie très peu en fonction de l'interlocuteur, nous notons cependant que la présentation se fait souvent en lien avec les expériences passées infirmières : « *Je me présente toujours en tant que cadre formateur. [...] Et après j'ai ma présentation personnelle que je remets un petit peu à jour chaque année pour qu'ils connaissent eux aussi un peu mon parcours professionnel. Souvent ils voient aussi par rapport à toutes les spécialités que j'ai faites, celles dans lesquelles je*

serais plus à l'aise ou pas. [...] Alors auprès des collègues formateurs, ce qu'ils retiennent le plus c'est la pédiatrie. Parce que comme j'ai fait plus de douze ans en pédiatrie ».

Regard sur les identités visées

Le projet professionnel d'Huguette est clair. À court terme, elle envisage de réoccuper des fonctions de cadre de proximité en EHPAD afin d'y finir sa carrière : *« Peut-être encore une ou deux années en tant que formatrice, et puis après je retournerai sur le terrain. J'ai un projet professionnel de devenir cadre en EHPAD. Ça c'est quelque chose qui me tient à cœur pour ma fin de carrière, en essayant de mettre au service de l'EHPAD toute mon expérience ».*

Regard sur les identités assumées

Huguette souligne l'impact qu'a eu son arrivée en IFSI en termes de réduction de la charge mentale : *« Alors là le stress qui a disparu pratiquement. Là c'est sûr que quand on connaît les stress des cadres de proximité, entre l'absentéisme, les problèmes avec les médecins, les problèmes d'organisation, les certifications, tout ça, on vit quand même des journées très difficiles. Là du coup, ça ça s'est totalement calmé ».* Elle relève également son sentiment d'avoir dorénavant davantage le temps d'être dans la réflexion dans sa pratique professionnelle : *« Et puis de revenir dans la réflexion, ça ça m'a fait beaucoup de bien d'analyser parce que quand on est sur le terrain on est dans le faire ».*

Elle se définit professionnellement comme formatrice ayant *« une main de fer dans un gant de velours, beaucoup de rigueur mais beaucoup de bienveillance ».* La bienveillance fait par ailleurs partie des valeurs infirmières qu'elle souhaite porter, transmettre avec le respect et l'écoute, adoptant ainsi une posture d'agent de changement. Par rapport à cette rigueur professionnelle, Huguette se pose souvent en modèle pour ses étudiants : *« Ouais je pense quand même parce que je suis persuadée quand même qu'on reste dans un métier rigoureux. La rigueur est importante dans leurs apprentissages car il est certain qu'on ne peut pas faire ce métier-là en se disant : on sait, un peu, pas tout à fait... ».* Il en va de même pour la bienveillance, en prenant le contre-exemple de collègues qu'elle ne perçoit pas bienveillants : *« Parce que je trouve qu'il y a des formateurs qui ne sont pas dans la bienveillance. Et je ne sais pas comment on peut... enfin... comment on peut l'enseigner, comment on peut passer ce message-là si on ne l'est pas nous-mêmes ».* Nous retrouvons cette même exemplarité pour l'écoute : *« Je trouve que, de temps en temps, on n'est pas assez à l'écoute des*

étudiants, je trouve qu'on n'est pas assez proche d'eux alors qu'on leur demande d'exercer un métier extrêmement proche des gens, extrêmement à l'écoute des gens. Et qu'on ne l'est pas auprès d'eux ». Huguette se situe également dans la transmission des savoirs, basée sur sa propre expérience d'infirmière : *« Je pense qu'on est vraiment dans de la transmission de connaissances. En plus avec l'expérience, c'est vrai que j'arrive à rendre les choses que je maîtrise assez vivantes quoi. Parce que quand je maîtrise pas, j'essaie d'avoir les intervenants adaptés [...] Ce que j'essaie de leur transmettre, moi je pars vraiment du principe que je leur transmets un métier ».*

Huguette note plusieurs évolutions dans sa pratique professionnelle depuis son arrivée en IFSI, avec le développement d'une posture de médiatrice. Cela est visible au niveau des situations d'enseignement où elle préfère dorénavant partir des représentations des ESI plutôt que de réaliser un cours magistral : *« Parce que la première année, moi il me fallait un cours bien monté, que j'expliquais, voilà. Et puis alors finalement, au fur et à mesure, j'ai réussi à passer, à les passer en priorité leurs représentations et ça entraîne le dialogue et on parle et hop j'inclus au fur et à mesure tout ce qu'il y a à aborder, mais plus du tout avec quelque chose de préfabriqué je dirais ».* Une autre évolution est notable au niveau des guidances des MFE où elle se montre moins directive et part davantage de l'envie des ESI : *« Et ça c'est pareil, ça a changé... La première année, ma première année, j'entendais ce qu'ils voulaient faire mais je les guidais un peu trop vite je pense. Alors que maintenant je les écoute, j'analyse ce qu'ils veulent faire et j'attends vraiment que tout vienne d'eux ».* Finalement, elle dit attacher beaucoup d'importance aux ressentis des ESI dans sa pratique quotidienne, se situant ainsi dans une posture d'accompagnatrice.

Pour elle, les compétences perçues pour être formateur IFSI sont essentiellement les compétences communicationnelles : *« La communication je pense. Ça passe surtout par la communication pour arriver vraiment à passer les messages que l'on a à passer, essentiellement ça ».* Les compétences infirmières sont également primordiales pour Huguette qui ne conçoit pas d'être formateur IFSI sans avoir été infirmier antérieurement : *« Et je pense aussi une expérience d'infirmier auparavant. [...] Je pense que c'est pas un métier que l'on peut enseigner si on ne le connaît pas ».* Elle attache aussi une importance certaine aux compétences managériales pensant qu'une expérience antérieure d'encadrement d'équipe soignante est pré-requise pour être formateur IFSI : *« Je pense qu'il faut avoir une expérience en tant que cadre de proximité ».*

Enfin diplômée cadre de santé, Huguette ne possède pas de diplôme universitaire.

Regard sur les identités attribuées

Tout en disant se sentir globalement reconnue professionnellement, Huguette nuance son discours en percevant une différence au niveau de sa hiérarchie depuis son passage dans la formation : « *Je dirais que la reconnaissance, elle s'est modifiée. En tant que cadre de proximité, on est reconnu par sa hiérarchie, plus ou moins, on est reconnu par son équipe et je pense qu'on est encore, quand même, reconnu par les patients. Ça j'en suis pratiquement sûre. Quand on arrive en formation, là pour l'instant, la reconnaissance hiérarchique je l'ai pas sentie. [...] Je la ressens pas cette reconnaissance* ». Elle ne se sent pas reconnue par son institution : « *Alors là absolument pas, on va être très clair. L'institution ne me connaît pas. [...] Donc je ne connais pas le DRH, je ne connais pas le DSI* ». Sa hiérarchie proche ayant connu quelques changements récents, elle se montre plus réservée : « *Je me pose la question ouais, je me pose la question ouais* ». La reconnaissance financière n'est pas non plus présente, elle l'explique en confirmant son attachement identitaire infirmier : « *Pas du tout, pas du tout mais bon ça fait partie du métier. On n'a jamais été reconnu financièrement depuis le début : infirmier, cadre, c'est pareil* ».

Au niveau de ses collègues, Huguette évolue sur un IFSI qui a deux sites. Elle se sent reconnue par les collègues qui partagent son lieu d'exercice, beaucoup moins par les collègues formateurs de l'autre site : « *Si je ne devais travailler qu'ici, tout irait parfaitement parce qu'il y a des échanges, c'est toujours un milieu d'entraide. [...] Avec l'autre site, c'est plus compliqué. On est inclus dans une équipe sans y être inclus* ». Cela débouche parfois sur des situations de conflit, de rivalité : « *Relations extrêmement difficiles, extrêmement conflictuelles, donc avec des personnes... qui étaient... limites euh... perverses, je peux le dire* ».

Huguette perçoit une reconnaissance importante des ESI : « *Par contre je ressens la reconnaissance des étudiants. Ça nettement, dans leur façon d'être, dans le contact qu'on a ensemble* ». Il en va de même pour les intervenants extérieurs et les professionnels de terrain qui la reconnaissent comme une formatrice à part entière : « *Alors moi je me sens reconnue à titre de formateur maintenant, pas au début mais maintenant oui. [...] Et des fois ils me disent : finalement tu es la formatrice qu'on pensait que tu serais. C'est-à-dire j'ai gardé le même positionnement, les mêmes valeurs* ».

Au niveau de ses proches, la poursuite de l'éloignement des patients initié depuis sa prise de fonction de manager, a surpris : « *Alors famille, amis, y en a certains ça les a surpris le côté formateur. Très rapidement ils m'ont dit : il va te manquer le côté proximité des patients. Ça a été la première chose, les gens ne me voyaient pas loin des patients* ». Et la fonction de

formateur est quelque peu minimisée par rapport à celle de cadre de proximité : « *Ben en effet tu dois être quand même moins inquiète que de gérer des équipes, de l'absentéisme et autre* ».

Regard sur le processus d'universitarisation

Huguette se montre assez hostile vis-à-vis de l'universitarisation de la formation infirmière, quand nous lui demandons comment elle perçoit cette dernière : « *Avec une grande inquiétude. Avec une grande inquiétude parce que je pense qu'il ne faut pas que l'on oublie le cœur de notre métier* ». Elle craint que la formation infirmière ne soit plus basée sur l'alternance, devienne trop axée sur la théorie avec des modalités d'évaluation décontextualisées : « *Alors par exemple je parle de tout ce qui est évaluation sous forme de QCM. Pour moi, pour moi ça m'inquiète. C'est vrai que ça m'inquiète parce que je pense qu'il y a des étudiants qui valident des, des niveaux sans avoir de connaissances, juste uniquement parce qu'ils ont mis la croix au bon endroit. On n'est pas au permis de conduire, on est au permis de soigner, et ça ça m'inquiète. [...] Avec en plus des enseignements, avec des gens qui sont très très loin des réalités, du terrain. Et ça je pense que... alors autant enseigner l'histoire, la géographie dans une université, y a pas de souci euh... enseigner une profession il faut absolument qu'il y ait, je pense, cinquante pour cent d'enseignement mais il faut garder, il faudra qu'on garde absolument cinquante pour cent d'enseignement de terrain, de proximité voilà, de connaissance de la vraie vie du terrain quoi* ».

Huguette pense qu'il faut avoir été infirmier et cadre de proximité pour être formateur IFSI : « *Je pense qu'il faut avoir une expérience en tant que cadre de proximité. Et je pense aussi une expérience d'infirmier auparavant. [...] Je pense qu'il faut absolument, absolument que les cadres formateurs gardent la main sur les enseignements du cœur de métier, ça c'est capital. [...] Je pense que c'est pas un métier que l'on peut enseigner si on ne le connaît pas. [...] Parce que si on n'arrive pas à remettre toutes ces connaissances dans une relation humaine, il va nous manquer quelque chose, je pense* ».

Elle regretterait la disparition des IFCS et la fin d'un diplôme commun entre les cadres de santé de proximité et les cadres formateurs : « *Alors soit on sera cadre manager, en effet de terrain, soit cadre formateur. Je trouvais que d'être les deux c'était pas mal. [...] Et je trouve que c'est complémentaire, c'est complémentaire je pense. Il va manquer quelque chose. Ouais je pense qu'il va manquer quelque chose ouais* ».

Huguette pense que l'universitarisation représente une menace pour les formateurs IFSI, qui comme elle, ne sont pas titulaires d'un master. Cela les obligerait à quitter leur

fonction de formateur : « *Parce que moi en plus dans mon cas, je n'ai, je n'ai pas de master deux. Étant en fin de carrière, je ne m'investirai pas pour être euh... Donc je sais que de toute façon ça mettra fin à ma carrière de formatrice. Ça c'est sûr dans quelques années à venir sûrement. Mais c'est pas grave, c'était aussi... je savais aussi que je ne finirais pas ma carrière en tant que formatrice. Donc pour moi ça m'impacte mais pas forcément dans mon projet professionnel, donc c'est pas, c'est pas gênant, c'est pas gênant. Mais ça m'ennuie pour certaines formatrices qui sont vraiment très à l'aise dedans et qui ont vraiment toute la légitimité et qui vont être obligées d'arrêter à cause de ça. [...] Des personnes qui ne vont peut-être pas pouvoir reprendre leurs études pour finaliser, pour tout ça* ».

Synthèse de l'entretien d'Huguette

L'identité héritée (Dubar, 2010) infirmière reste très présente chez Huguette : elle est et restera infirmière quelle que soit la fonction qu'elle occupe. Son projet professionnel à court terme s'inscrit dans la rupture avec son identité investie dans le présent (Gravé, 2002) avec une dynamique de transformation identitaire exogène (Kaddouri, 2006) : elle souhaite redevenir cadre de proximité jusqu'à sa retraite dans six ans. Huguette se pose en modèle pour les ESI pour transmettre les valeurs infirmières (rigueur, écoute, bienveillance) avec des postures de modèle et d'agent de changement (Boissart, 2017), tout en étant également dans la transmission des connaissances avec une posture d'animatrice (*Ibid.*). Sa pratique professionnelle a évolué depuis ses débuts de formatrice, partant maintenant davantage de l'étudiant, de ses ressentis, de ses envies ou encore de ses représentations, adoptant ainsi des postures de médiatrice et d'accompagnatrice (*Ibid.*). Pour ce faire, les compétences communicationnelles, infirmières et managériales semblent indispensables à Huguette pour être formatrice IFSI. La reconnaissance professionnelle est inégale avec des jugements d'utilité et de beauté (Dejours, 2003) contrariés, dans le contexte d'une évolution défavorable pointée par rapport à son précédent exercice de cadre de proximité. L'universitarisation de la formation infirmière est perçue comme une menace, particulièrement pour les formateurs IFSI non titulaires, comme Huguette, d'un master. Cela les contraindrait à quitter la formation en IFSI. Cette appréhension d'être obligée de quitter la formation infirmière est peut-être à l'origine de son projet de Soi pour soi (Kaddouri, 2002) orienté vers le management de proximité. Elle craint une académisation des savoirs au détriment de la dimension pratique et pense que la formation infirmière devrait être assurée par des infirmiers cadres de santé ayant une expérience de cadre de proximité. Cependant elle estime que cela ne sera plus possible avec la disparition envisagée des IFCS et du diplôme commun de cadre de santé.

2.2.9. Analyse de l'entretien d'Irène

Irène est formatrice en IFSI depuis dix-neuf ans. Elle exerce actuellement dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier. Notre entretien¹² a eu lieu dans le cadre professionnel, dans le calme et la convivialité. Il a duré 48 minutes. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs en IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Irène avait comme motivation principale pour devenir formatrice son envie de transmettre les savoirs infirmiers.

Regard sur les identités héritées

Irène est âgée de 58 ans au moment de notre entretien. Elle est mariée, a deux enfants et plusieurs petits-enfants. Elle est la seule personne dans son entourage familial à être dans le milieu de la santé. Après avoir obtenu son baccalauréat F8 sciences médico-sociales, Irène s'est directement engagée dans la formation infirmière. Elle avait comme autre option de devenir secrétaire médicale, mais n'en avait pas envie : « *Ben en fait avec F8, j'avais la possibilité d'être secrétaire médicale, et ça c'est vraiment pas quelque chose qui m'intéressait, d'être derrière un bureau* ». Elle envisage également de devenir médecin, mais ne s'en sent pas capable : « *Tout ce qui était médical m'intéressait... et puis voilà. J'avais pas la capacité de pouvoir faire médecine, donc voilà...* ». En s'éloignant du soin, des études de droit auraient pu l'intéresser, mais elle ne se sentait pas prête à trop s'éloigner de l'environnement familial : « *J'aurais bien fait du droit. Mais voilà c'était... [...] enfin à l'époque j'avais pas envie de bouger de la région où j'étais* ». Diplômée infirmière en 1982, Irène exercera pendant dix-huit ans principalement dans des services de médecine néphrologique, neurologique et de diabétologie. Elle exercera également une année en tant qu'infirmière de l'Éducation nationale, mais l'isolement perçu lors de cette expérience professionnelle y mettra fin : « *J'ai été infirmière scolaire. Bon là ça m'a pas plu en fait, c'était... je pense qu'à l'époque j'avais besoin encore de tout ce qui était hôpital, enfin voilà, d'une équipe qu'on n'a pas quand on est infirmière scolaire. Donc moi en tout cas j'ai pas trouvé ça... je dis pas que c'était inintéressant mais on est vraiment seul. Enfin moi j'étais vraiment seule* ».

Après une petite vingtaine d'années d'exercice infirmier, Irène fait le choix de devenir cadre de santé pour se diriger à terme vers la formation : « *En fait moi j'ai fait l'école des cadres avec l'envie d'être formateur. Au départ c'était ça...* ». Elle attribue ce désir d'évolution

¹² Cf. annexe 10

professionnelle à une « *envie de changement, peut-être une envie de faire évoluer les, les choses* ». Elle s'engagera dans une formation en discontinu sur deux ans et sera diplômée dans la dernière promotion avant la réforme de 1995. Titulaire du CCI en 1996, Irène devient cadre de proximité, car elle souhaitait avoir cette expérience avant de devenir formatrice : « *Mais je voulais cette expérience de terrain avant. Parce que ça me paraissait important et puis euh... et puis voilà* ».

Cadre de proximité non épanouie pendant quatre ans, elle profitera d'une augmentation des quotas d'entrée dans les IFSI en 2000 pour aller au bout de son projet professionnel et devenir formatrice : « *L'opportunité qui s'est présentée en 2000 et puis le fait qu'effectivement, enfin... j'allais dire, je m'épanouissais pas dans ce que je faisais au niveau cadre de santé. Donc... voilà. [...] Ben comme j'avais déjà effectivement ce projet, j'ai pas hésité* ».

Parmi les motivations pour devenir formatrice IFSI issues de notre typologie, Irène se reconnaît dans l'envie de transmettre les savoirs infirmiers : « *Ce serait transmettre les savoirs infirmiers, ouais, au moment où je suis entrée* ».

Regard sur l'identité investie dans le présent

Maintenant Irène dit ne plus se sentir infirmière, elle ne se projette plus dans cette fonction, même si elle se pense encore capable de réaliser certains soins : « *Non... je crois que quelque part... [...] Si on me dit d'enfiler la blouse et d'aller faire euh... une prise de sang, oui j'en suis tout à fait capable. Après je pense que je suis passée à autre chose et que c'est vrai que je me vois pas dans un service. Je me revois pas... enfin je me vois pas dans un service ni en tant qu'infirmière, ni en tant que cadre d'ailleurs. [...] Non je me sens plus infirmière* ».

Irène se présente professionnellement comme « *cadre de santé formateur* », mettant ainsi en avant son diplôme de cadre. Sa présentation varie peu en fonction de l'interlocuteur, elle la module en fonction du lien qu'elle peut avoir avec lui ou elle : référente du terrain de stage, en recherche d'intervenants, etc. Dans une forme de stratégie identitaire, elle se présente aux ESI en précisant son parcours professionnel infirmier afin de légitimer sa fonction et son discours : « *Les étudiants je vais leur donner mon parcours, enfin voilà grosso modo là où j'ai travaillé pour que... c'est important aussi qu'ils sachent que ce que je raconte c'est parce que j'ai de l'expérience, c'est pas... je l'ai pas inventé quoi* ».

Regard sur les identités visées

L'avenir professionnel envisagé s'inscrit clairement dans la continuité, Irène espère rester formatrice IFSI jusqu'à son départ en retraite dans quatre ans : « *Honnêtement de rester formateur. Voilà, pour moi c'est vraiment... fin de carrière aussi, donc c'est vrai... [...] Mais moi mon souhait c'est de rester formateur. C'est vrai que... alors après ça peut aller très vite, c'est vrai que... moi il me reste quatre ans à travailler, c'est vrai que... je ne me vois pas ne pas finir formateur* ».

Regard sur les identités assumées

Irène souligne un impact positif d'être formatrice IFSI sur sa vie personnelle, en termes de réduction de la charge mentale malgré un travail conséquent initial : « *Je dis pas qu'il y a pas de travail encore maintenant, mais euh... ben déjà plus dérangée par le téléphone, ça c'est important. Et puis ben on est... on repense quand même à ce qu'on a fait dans la journée mais c'est quand même, psychologiquement, c'est beaucoup moins lourd quand même. Et ça c'est ah ouais. Là l'impact sur la vie familiale, oui, ouais. Voilà la charge mentale... [...] Quand il y a quelques difficultés avec les étudiants, elle est là, elle existe mais... y a pas mort d'homme quoi !* ».

Si la motivation d'Irène pour devenir formatrice se situait au niveau d'une envie de transmettre les savoirs infirmiers, dorénavant elle la situe davantage dans une envie de porter les valeurs infirmières : « *Ce serait transmettre les savoirs infirmiers, ouais, au moment où je suis entrée. Maintenant je pense que là, c'est avec l'âge où effectivement... et peut-être aussi avec l'évolution des générations, plus les valeurs. Peut-être qu'au départ effectivement mes valeurs je les voyais pas forcément, mais que maintenant oui c'est ça* ». Pour elle, les valeurs infirmières sont le respect et la rigueur : « *Les valeurs c'est les fondamentaux de la profession. Donc ça va être effectivement du respect, de la rigueur, enfin des choses, enfin ce qui pour moi me tient le plus à cœur. Et le respect, là c'est vraiment quelque chose qui me tient à cœur. Et puis voilà il y a tout... tout ce qui fait qu'on est infirmier quoi* ». Elle décrit des postures professionnelles d'agent de changement et d'animatrice en se définissant comme « *quelqu'un de disponible, quelqu'un qui veut justement transmettre... mais maintenant avec plus ce qui est valeurs, ce qui est valeurs professionnelles* ». Son discours évoque également une posture d'accompagnatrice : « *Je pense que je suis quelqu'un de disponible euh... j'essaie d'accompagner au mieux les étudiants [...] C'est faire sentir que je suis là quoi. C'est une présence voilà. Et puis bien évidemment amener la rigueur, ça je pense que voilà, si dans*

cette profession on n'est pas rigoureux... voilà on loupe quelque chose quoi. En tout cas à mon avis, pour le patient, on rate des choses alors... Amener cette rigueur et effectivement de la présence ». Elle précise sa conception de l'accompagnement dans sa description des guidances de MFE : « C'est les guider dans la méthodo sans... sans être intrusive en fait dans leur travail... mais tout en étant bienveillante et voir... que leur travail puisse aboutir quoi ». Irène voit d'ailleurs maintenant son rôle par rapport aux enseignements davantage dans la gestion d'intervenants que dans l'animation des séquences : « Moi mon rôle maintenant il est plus de chercher des intervenants que d'intervenir... enfin si j'interviens quand même pas mal parce que là sur [REDACTED] c'est un peu particulier, mais sur des choses un petit peu plus pointues, je fais appel maintenant à des intervenants ».

Quand nous questionnons Irène sur les compétences qu'elle perçoit pour être formateur IFSI, elle cite tout d'abord les compétences infirmières : « *Les compétences... Avoir de l'expérience déjà, en tant qu'infirmière. [...] Avoir des compétences infirmières, avoir des compétences infirmières* ». À ces compétences infirmières, elle ajoute des compétences communicationnelles, relationnelles.

Diplômée cadre avec le CCI, Irène ne possède pas de diplôme universitaire.

Regard sur les identités attribuées

Irène se sent reconnue professionnellement par l'ensemble de ses collaborateurs. Tout d'abord par les ESI : « *Mais en tout cas, par les étudiants oui* ». Elle pense l'être également par ses collègues formateurs : « *À travers mes collègues aussi parce que j'ai pas de collègues qui refusent de travailler avec moi, donc je me dis que quand même... c'est un signe* ». Aux niveaux de sa hiérarchie proche, des intervenants extérieurs et des professionnels de terrain, la reconnaissance est également perçue. Pour ces derniers, elle s'appuie en partie sur le passé professionnel d'infirmier : « *Bon aussi... y a aussi le fait... enfin sur une partie de mes références de stage, ce sont des anciens collègues, donc c'est vrai que ça aide aussi. Mais ils sont pas tous... c'est pas tous des collègues, j'ai d'autres terrains où... non ils hésitent pas à appeler. Donc voilà, dans ma fonction de formateur oui* ». Irène pense être reconnue au niveau de son institution hospitalière, même si les contacts sont peu nombreux, et également au niveau financier.

Parmi les acteurs institutionnels mentionnés ci-dessus, Irène ne perçoit pas de variation dans la reconnaissance professionnelle depuis le début de sa carrière en fonction des postes occupés. Mais au niveau des proches, cela est différent. Tout d'abord elle note

qu'ils ont une vision parcellaire de son activité professionnelle : « *Bon des fois faut expliquer un peu ce qu'on fait* ». Quand elle est devenue cadre et qu'elle a donc quitté la fonction infirmière, elle a perçu une différence : « *Alors peut-être auprès des proches où... infirmière ça représente quelque chose. Cadre infirmier, déjà on dit : ouais qu'est-ce qu'elle fait, elle est plus là-dedans quoi. Donc ouais je pense que... ouais y a de ça* ».

Regard sur le processus d'universitarisation

L'universitarisation de la formation infirmière est appréhendée avec une crainte d'être dépossédée de quelque chose : « *Ce que j'ai peur c'est qu'on soit euh... comment... dépossédé de notre cœur de métier. [...] Pourquoi pas rentrer à l'Université ? Moi je suis pas contre, mais qu'on garde notre cœur de métier* ».

Pour Irène, il est indispensable d'avoir été infirmier pour former des infirmiers : « *On peut pas disparaître, enfin je vois pas comment le métier de formateur peut disparaître. Ou en tout cas je vois pas comment euh... on peut être infirmier sans qu'il y ait cette transmission. Moi c'est ça qui m'inquiète dans, que j'ai rien contre les universitaires, bien sûr qu'ils ont leur... mais au niveau, voilà je vais me répéter, mais au niveau purement infirmier, si on n'est pas infirmier, si on n'a pas été infirmier à la base je vois pas comment on peut faire. [...] Enfin je sais pas, mais si y a pas une culture infirmière derrière, je vois pas comment on peut, on peut transmettre les choses* ».

Irène se montre moins catégorique par rapport à une possible disparition de la nécessité du diplôme de cadre de santé pour être formateur IFSI : « *Après c'est l'évolution... Ça... voilà il y aura plus de cadres de santé mais... si on est dans un système universitaire, effectivement il faut qu'on ait des diplômes universitaires. [...] Ça me gêne moins que de, que de ne pas être infirmier voilà* ».

Elle perçoit un impact de cette universitarisation sur elle-même, si elle souhaite changer d'IFSI par exemple, car n'étant pas titulaire de diplôme universitaire : « *Ah ben oui, fatalement. Parce que moi j'ai aucun diplôme universitaire, donc... oui. [...] Si je veux aller, si je veux rechanger sur un autre IFSI par exemple, je suis pas sûre qu'on me prenne par rapport à quelqu'un qui a un master* ». Cependant, étant à quatre ans de la retraite, elle ne se sent pas menacée dans son poste actuel : « *Alors garder dans mon poste j'espère que si. [...] Non je ne me sens pas menacée* ».

Synthèse de l'entretien d'Irène

L'identité héritée (Dubar, 2010) infirmière d'Irène s'inscrit dans la rupture avec son identité investie dans le présent (Gravé, 2002) : elle a été infirmière, mais ne l'est plus et ne souhaite pas le redevenir. Son identité visée (Dubar, 2010) s'inscrit dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002) en restant formatrice IFSI. Irène note une évolution dans sa motivation professionnelle partant d'une envie de transmettre des savoirs à une envie de porter des valeurs professionnelles, ajoutant à une posture uniquement d'animatrice, une posture d'agent de changement (Boissart, 2017). Elle se situe également dans une posture d'accompagnatrice (*Ibid.*) avec les étudiants, en se montrant présente et disponible. Les compétences infirmières et relationnelles lui semblent indispensables pour exercer sa profession. La reconnaissance professionnelle est présente à tous les niveaux depuis le début de sa carrière avec des jugements d'utilité et de beauté (Dejours, 2003) perçus très positivement. Tout juste perçoit-elle chez ses proches une légère diminution de cette reconnaissance quand elle a quitté son poste d'infirmière pour devenir cadre de proximité. L'universitarisation est perçue avec la crainte que la formation infirmière ne soit plus assurée par des personnes ayant un passé infirmier afin d'assurer une transmission des savoirs pratiques. N'étant pas titulaire de diplôme universitaire, elle se sent impactée en cas de désir de mutation sur un autre IFSI, mais pas menacée dans son poste actuel.

2.2.10. Analyse de l'entretien de Janine

Janine exerce depuis moins d'un an en tant que formatrice dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier. Nous nous sommes entretenus¹³ pendant 56 minutes sur son lieu de travail. En lien avec notre typologie provisoire des formateurs IFSI réalisée lors de la phase quantitative, Janine met en avant comme motivation principale pour devenir formatrice son envie de transmettre les savoirs infirmiers.

¹³ Cf. annexe 11

Regard sur les identités héritées

Âgée de 54 ans au moment de notre entretien, Janine est célibataire. Elle a une fille et un petit-fils. Quelques personnes de sa famille sont dans le milieu paramédical (une cousine infirmière et des tantes aides-soignantes), mais cela n'a pas eu d'influence selon elle sur son parcours professionnel. Après avoir obtenu un bac littéraire, Janine s'est orientée vers des études de droit pour devenir juge pour enfants, sans succès : *« Au départ je voulais être juge pour enfants donc j'ai fait fac de droit, mais bon là j'ai décroché complètement »*. Devenue mère célibataire à dix-neuf ans, Janine a été contrainte de travailler et elle est devenue *« éducatrice pré-stagiaire dans différents établissements médico-sociaux »*. Elle découvre ainsi ce milieu et quatre ans plus tard, elle s'inscrit aux concours pour devenir infirmière ou éducatrice spécialisée. Ayant eu les deux concours, elle choisit finalement de s'orienter vers la formation infirmière pensant que sur le long terme cela lui plaira davantage. Diplômée infirmière en 1992, Janine exercera pendant cinq ans dans des services de médecine d'un centre hospitalier. Se décrivant comme une infirmière perfectionniste et exigeante envers elle-même et autrui, elle trouve son encadrement peu vigilant. Janine se projette alors dans cette fonction et réfléchit à comment elle pourrait faire évoluer les choses, et un jour, elle passe à l'acte de façon impulsive en effectuant une demande de préparation à l'entrée en IFCS, qui sera acceptée : *« Moi j'étais une infirmière qui avait un niveau d'exigence assez important pour moi quoi, et bon j'aurais voulu que les autres aient le même bien sûr, et je trouvais que le cadre il était pas assez vigilant par rapport à plein de choses. Donc je disais tout le temps : moi je ferais si, moi je ferais ça, moi je ferais ça. Et puis un jour j'étais en colère et j'ai fait du coup une demande de formation pour faire une prépa, comme ça. Et un beau jour, j'ai reçu un courrier comme quoi ma demande était acceptée en fait. Donc je suis partie comme ça dans la formation cadre en fait »*.

Janine s'engage alors dans la préparation à l'entrée en IFCS, puis effectue sa formation de cadre de santé en alternance pendant deux ans. Diplômée cadre de santé en 1999, elle exercera à son retour de formation comme infirmière pendant encore un an avant d'être nommée à un poste de cadre de proximité en 2000 dans un service de gynécologie. Ensuite Janine s'orientera vers l'encadrement d'équipes soignantes travaillant en neurologie à travers son passage dans différents services de cette spécialité médicale.

En mai 2018, un plan de retour à l'équilibre financier a entraîné une restructuration au niveau du service de neurologie de son établissement hospitalier. Janine a été contrainte de quitter son poste de cadre de proximité en neurologie et sa direction lui a proposé différents postes en service qui ne lui convenaient pas et le poste de cadre formateur en IFSI qu'elle a

accepté : « *Donc on m'a proposé différents services qui ne m'intéressaient pas, enfin qui ne m'intéressaient pas, pour lesquels j'avais pas d'affinités particulières on va dire, et donc j'ai choisi de venir à l'IFSI* ». Même si travailler un jour en IFSI était un possible projet professionnel pour Janine, son arrivée dans cette structure s'avère être un choix par défaut : « *Donc l'IFSI c'était un choix, c'est un choix que j'avais envisagé mais peut-être pas dans l'immédiat parce qu'en neurologie j'avais encore beaucoup de choses à faire... Mais bon puisque j'ai eu l'opportunité d'aller dans un service qui ne me plaisait pas non plus ou de venir à l'IFSI, ben je suis arrivée à l'IFSI* ».

Parmi les motivations proposées dans le cadre de notre typologie des formateurs en IFSI, Janine énonce son envie de transmettre les savoirs infirmiers principalement, et secondairement son envie de porter les valeurs infirmières.

Regard sur l'identité investie dans le présent

Janine ne se sent plus infirmière. Pour elle cadre de santé et infirmier sont deux professions différentes et elle ne se sent plus capable d'exercer en tant qu'infirmière : « *Mais je pense que c'est deux métiers différents quand même. Aujourd'hui on me demanderait d'aller faire une transfusion, je saurais plus le faire* ».

Ne se sentant plus infirmière, elle ne se présente plus comme telle : « *Non je ne me présente plus comme infirmière* ». Dorénavant elle le fait de la façon suivante, quel que soit l'interlocuteur, en indiquant son diplôme de cadre de santé et sa fonction actuelle : « *Je m'appelle Janine [REDACTED], je suis cadre formatrice depuis telle date* ».

Regard sur les identités visées

Janine ne souhaite pas évoluer professionnellement malgré les sollicitations : « *Parce qu'on m'a proposé un poste de cadre sup avant de venir là aussi. Un poste de cadre sup ça m'intéresse pas, un poste de directeur des soins ça m'intéresse pas. Moi je veux faire quelque chose qui me plaît surtout. Et rester cadre de proximité aussi bien en établissement, service qu'en IFSI, ben ça me plaît* ».

Devenue formatrice IFSI depuis moins d'un an, Janine souhaite prolonger cette expérience tant qu'elle continuera à y trouver du plaisir : « *Mais ce que je veux faire, c'est quelque chose qui me plaît. Donc le jour où ça ne me plaira plus ici, je ferai autre chose c'est*

sûr. Donc ou je repartirai sur le terrain, ou... vers d'autres horizons, je sais pas. Pour le moment je ne l'envisage pas ». Elle prolonge cependant son propos précédent en laissant entendre que l'universitarisation de la formation infirmière pourrait la faire changer d'avis : « *Alors avec toutes ces inquiétudes, ces interrogations par rapport à l'Université, l'IFSI, etc.* ».

Regard sur les identités assumées

Janine se dit ravie de son arrivée en IFSI tant l'impact sur sa vie personnelle a été positif : « *Ah oui. Une meilleure qualité de vie ! [...] Bah en fait en service j'avais pas d'horaires précis quoi. C'était des grosses amplitudes de travail, c'était beaucoup de pression. À l'IFSI on a quand même le temps de faire les choses [...] Donc beaucoup plus détendue à la maison forcément* ».

Contrairement à son envie énoncée pour devenir formatrice IFSI de transmettre les savoirs infirmiers, Janine se définit davantage dans l'accompagnement des ESI, dans la non directivité vis-à-vis de ceux-ci, comme une formatrice qui amène des savoirs certes, mais en recherchant l'intérêt des ESI dans une double posture d'accompagnatrice et d'animatrice : « *Je pense pas être une formatrice directive. Je pense qu'il faut laisser la place à l'étudiant et l'amener à faire ses recherches personnelles aussi. Et qu'il faut en même temps l'accompagner. [...] On peut pas apporter des savoirs comme ça sans qu'il s'y, sans qu'il s'y intéresse un minimum* ». Elle reste très attachée à ce qu'elle appelle des valeurs infirmières, qu'elle remobilise dans son exercice professionnel actuel : le « *respect de l'autre, l'écoute de l'autre* », auxquels elle ajoute le partage avec les ESI et ses collègues également. Ce partage, avec une posture d'agent de changement, permettant de rencontrer autrui dans une démarche d'accompagnement : « *Je pense que si on ne partage pas, on ne peut pas être accessible à l'autre. Et donc il aura des difficultés à venir vous rencontrer* ». Dans son accompagnement, Janine attache une attention toute particulière à la dimension personnelle et sociale, probablement en lien avec ses parcours professionnel et personnel : « *On peut être amené à entendre des difficultés de tout ordre je veux dire, que ce soit l'apprentissage, que ce soit social aussi. [...] Enfin les aider à s'orienter un peu aussi dans... faire le point sur leur vie professionnelle et personnelle, leurs difficultés personnelles. [...] Et ça c'est un côté social qui me plaît quand même, vu mon parcours, comme j'ai travaillé comme formatrice pré-stagiaire dans le médico-social* ». Elle perçoit son activité de formatrice comme différente de sa précédente activité de manager, mais avec cependant comme point commun l'accompagnement : « *À l'IFSI c'est complètement différent des services, c'est pas le même*

travail, mais c'est un travail d'accompagnement aussi parce qu'on a nos étudiants et puis on a plein de choses à faire pour essayer de former de bons professionnels, si on peut dire bon ».

En réponse à la question de savoir quelles sont les compétences primordiales pour être formateur IFSI, Janine met en avant les compétences infirmières pour illustrer les enseignements adoptant alors une posture de modèle : *« L'expérience professionnelle moi je dirais. [...] Mais je pense qu'il faut avoir quand même une expérience d'infirmière avant. Parce que justement dans le cours, je trouve que ce qui est... quand on leur fait un cours et qu'on leur parle d'expériences professionnelles, de situations concrètes qu'on a vécues en lien avec la thématique du cours, ben ça ça leur parle et c'est ce qu'ils vont retenir le plus ».* À ces compétences infirmières, Janine ajoute des compétences en termes d'ingénierie pédagogique et *« la compétence d'accompagnement »* que nous pouvons rapprocher des compétences relationnelles.

Diplômée cadre de santé, Janine ne possède pas de diplôme universitaire.

Regard sur les identités attribuées

Janine se sent pleinement reconnue professionnellement par l'ensemble de ses collaborateurs, hors et dans son IFSI. Elle met cela en lien avec sa grande ancienneté dans son centre hospitalier : *« Alors reconnue, oui, oui ».* Elle précise par rapport à ses collègues formateurs : *« Je pense qu'ici je suis reconnue quand même, parce que certaines collègues m'ont dit : en tout cas toi tu t'es très rapidement adaptée ».*

Toute en se sentant reconnue par les professionnels de terrain, elle décrit, chez ces derniers, une perception négative de l'activité professionnelle des formateurs IFSI : *« Parce qu'après il y a une image terrain/IFSI. Souvent les professionnels : l'IFSI on fait rien. Je l'ai entendu, c'est sûr. À l'IFSI on fait rien. [...] Nous on est débordé, à l'IFSI ils ont la belle vie ».* Elle reconnaît d'ailleurs avoir partagé cette vision : *« Moi aussi je me disais : à l'IFSI quand les étudiants sont là, ils doivent avoir du travail mais quand les étudiants sont pas là, qu'est-ce qu'on fait ? Et je pense que c'est un peu l'image qu'on renvoie ».* Ses expériences antérieures dans son centre hospitalier en tant qu'infirmière et cadre de proximité semblent être l'origine de sa reconnaissance perçue par les professionnels de terrain : *« Déjà reconnue professionnellement sur le centre hospitalier, ça fait longtemps que j'y travaille et je suis connue de tous on va dire ».*

Janine se sent également reconnue financièrement : « *Financièrement, on n'en a jamais assez. Mais bon moi je me dis que vu le contexte actuel, on a quand même un emploi qui est quand même relativement bien payé par rapport à d'autres personnes* ». Lors du plan de retour à l'équilibre financier, elle a perçu également une forme de reconnaissance institutionnelle quand le directeur des ressources humaines et la coordinatrice des soins ont mis en avant ses compétences et l'ont retenue au moment où elle envisageait de quitter l'établissement : « *Donc après ça a commencé à changer quand j'ai dit : ben puisque j'ai autant de compétences, je vais la mettre au profit d'autres lieux, je vais poser des candidatures à l'extérieur. Je menaçais de partir. Et donc ils m'ont reconvoquée plusieurs fois en me proposant d'autres choses* ». Elle perçoit actuellement de la reconnaissance institutionnelle quand le directeur des ressources humaines lors d'un échange informel l'assimile encore à une cadre de proximité : « *Il me disait : quoi que vous vos neuros ils sont pas, ils sont pas trop embêtants, enfin vos anciens médecins. Comme s'il m'y voyait toujours quoi. Donc je pense que oui, professionnellement je suis reconnue par la hiérarchie* ».

Janine se sentait également reconnue dans ses précédentes fonctions : « *Quand j'étais infirmière, je pense que j'étais reconnue par mes collègues. Bon après on a toujours des affinités avec certaines personnes, mais je pense que mes compétences étaient reconnues en tant que cadre aussi* ». Elle ne perçoit pas donc pas de différence, car elle pense encore être également perçue comme infirmière, bien qu'elle ne se sente plus infirmière : « *Non je pense que les gens me reconnaissent toujours infirmière et cadre* ».

Regard sur le processus d'universitarisation

L'universitarisation de la formation infirmière est perçue négativement par Janine : « *Ben je trouve que c'est un petit peu compliqué quand même* ». Son IFSI collabore peu actuellement avec l'Université pour des raisons géographiques : « *Enfin nous ici, on ne travaille pas encore beaucoup avec l'Université. [...] On n'a pas d'intervenant universitaire ici* ». Elle oppose l'accompagnement des étudiants dans les IFSI générateurs de savoir-faire et de savoir-être à une accumulation de connaissances universitaires décontextualisées : « *Parce que pour moi, dans une formation paramédicale, on est plus dans l'accompagnement du savoir-faire, du savoir-être aussi que dans... ben pour moi l'Université c'est un amas de connaissances [...] Le côté pratique, relationnel. Pas faire les choses pour faire quoi. Ce qu'on n'arrête pas de dire aux étudiants : quel genre d'infirmières voulez-vous être ? Est-ce que vous voulez être une technicienne ? Est-ce que vous voulez être une infirmière qui applique bêtement les prescriptions ? Est-ce que vous voulez... ? On a des étudiants pleins de*

connaissances et on se rend compte que quand on leur demande de travailler sur un cas concret ». Elle craint que cette universitarisation de la formation entraîne une infirmière technicienne, assistante du médecin, dont le rôle propre serait mis en périphérie : « Quelle image on donne à la fonction infirmière ? Si elle doit être une technicienne pure et dure qui doit appliquer les prescriptions médicales, auquel cas j'enregistre des connaissances et je fais tout ce que j'ai appris, mais tout le côté relationnel, tout le côté... tout le côté ben valeurs de la profession. Comment il va ressortir ce côté ? Comment il va se transmettre ? Moi je le conçois pas ».

En lien avec cette transmission de valeurs, de savoirs relationnels, Janine ne conçoit pas une formation infirmière sans formateurs ayant un passé infirmier : « Si on devient formateur sans avoir été infirmier, ben à quelles expériences se référer pour euh... le sens pédagogique pour que les choses passent bien ». Elle appréhende le fait que les formateurs actuels pourraient se voir cantonner à un rôle d'animateur de TD ou de TP : « Enfin je peux pas imaginer... qu'ils aillent à l'Université parce que tout ce qui est TD, travaux pratiques, ça c'est pas les universitaires qui vont le faire, je pense. Alors est-ce que nous on va avoir qu'un rôle de monter des TD, des... des ateliers qui vont leur permettre de comprendre justement ce qu'ils ont amassé comme connaissances à l'Université ? [...] Ben oui le côté des petites mains, oui ». Janine fait un parallèle entre cette évolution et l'évolution qu'elle perçoit du cadre en service : « De toute façon on l'a vu ça, moi je l'ai vu avec l'évolution de la fonction cadre déjà. Au départ on était cadre infirmier, maintenant on est devenu cadre de santé et après on deviendra cadre tout court, et on aura quelqu'un qui vient d'une entreprise sur un service. Et c'est ce qui peut se passer à l'IFSI aussi ». Elle se montre beaucoup moins attachée à la nécessité d'être cadre de santé pour être formateur IFSI qu'à celle d'être infirmier de formation initiale : « Alors moi je pense qu'on n'a pas forcément besoin du diplôme de cadre de santé pour être formateur si on a cette expérience infirmière. [...] De toute façon ici il y a des formateurs qui ne sont pas cadres de santé et ce sont de bons formateurs. Je ne pense pas que ce soit le grade qui, qui... soit important. Par contre l'expérience infirmière oui ! ».

Enfin évoqué précédemment au niveau des identités visées, Janine verbalise le fait que cette universitarisation et ses conséquences pourrait entraîner son départ de la formation si elle n'y trouve plus le plaisir qu'elle y trouve actuellement.

Synthèse de l'entretien de Janine

Janine ne se sent plus infirmière et nous remarquons une rupture entre cette identité héritée (Dubar, 2010) et son identité investie dans le présent (Gravé, 2002) de cadre de santé (de proximité puis formatrice depuis peu). Son identité visée (Dubar, 2010) est marquée par une recherche de plaisir et s'inscrit dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002) : elle se dit ravie d'être devenue formatrice, même si cela est le fruit d'un choix contraint, et n'envisage pas de changement professionnel pour le moment. Janine ne se présente plus comme infirmière. Elle décrit une posture d'accompagnatrice (Boissart, 2017) des ESI tout en mettant en avant l'importance des compétences infirmières pour contextualiser la transmission des savoirs, mettant ainsi en avant des postures de modèle et d'animatrice. Attachée aux valeurs infirmières, elle adopte également une posture d'agent de changement (*Ibid.*). Contrairement à l'ensemble des formateurs IFSI dont elle perçoit une image négative par les professionnels de terrain, Janine se sent professionnellement reconnue par l'ensemble de ses collaborateurs. Les jugements d'utilité et de beauté (Dejours, 2003) perçus sont très positifs. La reconnaissance perçue semble venir en partie de son passé d'infirmière et de cadre proximité bien qu'elle ne se sente plus infirmière. L'universitarisation de la formation infirmière est perçue négativement, car pouvant entraîner une infirmière technicienne, auxiliaire du médecin, dont le rôle propre notamment au niveau relationnel serait mis de côté. Elle craint par ailleurs que les savoirs soient décontextualisés et trop académiques et que les formateurs IFSI soient réduits à un rôle d'animateur de TD ou de TP. Ces conséquences de l'universitarisation de la formation infirmière pourraient lui faire perdre le plaisir actuel éprouvé à être formatrice IFSI et entraîner un retour vers un poste de cadre de proximité par exemple.

2.2.11. Analyse de l'entretien de Karen

Karen est formatrice dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier depuis quatre ans. Nous nous sommes entretenus¹⁴ pendant 38 minutes sur son lieu de travail. En lien avec notre typologie des formateurs IFSI, Karen met en avant comme motivation principale pour être devenue formatrice son envie de porter les valeurs infirmières.

¹⁴ Cf. annexe 12

Regard sur les identités héritées

Karen a 52 ans au moment de notre entretien. Elle est mariée et a deux filles d'une vingtaine d'années. Nous ne retrouvons pas d'héritage familial vis-à-vis du milieu du soin. Après avoir obtenu un baccalauréat D en 1985, Karen a passé les concours d'infirmier et de masseur-kinésithérapeute. Présente sur la liste principale du concours infirmier et sur liste complémentaire pour celui de masseur-kinésithérapeute, elle s'engagera dans la formation infirmière : « *En fait j'étais admise à l'école d'infirmières et pour kiné, j'étais sur liste d'attente. Je pense que c'est ce qui a fait...* ». Diplômée infirmière en 1988, elle exerce six mois en EHPAD où elle ne s'adapte pas : « *Le fonctionnement de l'équipe ne me convenait pas du tout* ». Contre toute attente, on lui propose alors d'intégrer le bloc opératoire : « *J'étais pas spécialement attirée par le bloc, c'était... mais je voulais absolument partir de... Donc ça s'est fait un peu comme ça aussi et il se trouve que je me suis beaucoup plu* ». Cet attrait se concrétisera par son engagement dans la spécialisation d'infirmière de bloc opératoire.

D'abord sollicitée par sa cadre de proximité pour la remplacer lors de ses absences, Karen devient en 2006 faisant-fonction de cadre au bloc opératoire pendant trois ans. Puis elle intégrera un IFCS en 2009 pour devenir cadre de santé en 2010. Lors de cette année de formation, où elle acquerra également un master 1 en management, Karen découvrira son envie de transmettre ses savoirs, notamment lors du stage du module 5 relatif à la fonction de formation : « *Alors pendant l'école des cadres... j'avais quand même cette idée de transmettre un jour mes savoirs. Et puis pendant l'année cadre en fait, le stage de formation a vraiment conforté mes choix* ». Ses motivations pour devenir cadre de proximité sont alors d'améliorer le fonctionnement de son lieu d'exercice et également d'évoluer professionnellement : « *Donc c'est aussi qui m'a attirée dans ce métier, de pouvoir améliorer avec l'équipe les conditions de sécurité, ouais pour le patient. Et puis d'évoluer ouais* ».

Son arrivée en IFSI en 2015 a été consécutive d'un épuisement professionnel, mis en lumière par ses enfants : « *Alors j'ai pas hésité pour... la raison essentielle est que j'étais... j'étais aussi pas loin du burn out au bloc opératoire. [...] C'est vraiment ma famille qui... parce que je m'en rendais même pas compte moi, happée par le quotidien du bloc, bon comme tout service j'ai envie de dire, mais peut-être happée par le quotidien mais en fait ce sont les enfants qui m'ont dit : ben écoute, tu n'es plus toi-même, on te reconnaît pas* ».

À son arrivée en IFSI, sans tenir du compte du contexte d'épuisement professionnel, Karen met en avant son envie de porter les valeurs infirmières, suivie de son envie de transmettre les savoirs infirmiers en termes de motivation pour devenir formatrice IFSI.

Regard sur l'identité investie dans le présent

Karen se sent encore pleinement infirmière, que le contexte soit professionnel ou personnel : « *Alors oui ! Alors oui ! Oui je suis toujours infirmière. Et même cadre, oui je me sens toujours infirmière* ».

Au début de l'entretien, Karen se présente comme infirmière de bloc opératoire : « *Je suis Karen [REDACTED]. Donc je suis IBODE, infirmière IBODE* ». Se sentant encore pleinement infirmière, elle se présente comme telle, en y ajoutant sa spécialisation professionnelle. Par ailleurs, elle mentionne se présenter d'emblée uniquement par son nom et son prénom, sans ajouter de fonction, quel que soit l'interlocuteur : « *Ben je suis Karen, je suis Karen [REDACTED]. Oui par mon nom, j'affiche pas mon statut, non pas spécialement, non* ». Puis si besoin étant, elle précisera : « *Non pas spécialement, pas d'emblée. Peut-être pas d'emblée, par contre oui si après... après je peux le préciser, mais pas forcément d'emblée* ».

Regard sur les identités visées

Au niveau de son projet professionnel, Karen pense quitter à court terme son emploi actuel : elle a postulé et a été retenue pour un poste de responsable hygiéniste sur l'établissement dont dépend son institut. Seules quelques négociations autour du profil de poste freinent encore son départ : « *En fait, je suis, je suis peut-être en partance de l'IFSI parce que voilà. J'ai postulé pour être hygiéniste en fait sur l'établissement. [...] Voilà je sais que j'ai été retenue mais pour l'instant les conditions du poste ne me conviennent pas, je n'ai pas encore fait mon choix définitif* ».

Ce choix n'est pas lié pour elle à un désintérêt ou une lassitude du travail en IFSI mais à une opportunité professionnelle qui se présente : « *Alors c'est vrai que j'étais pas spécialement pressée de partir d'ici, pas du tout parce que je serais bien restée encore quelques années. Mais c'est une opportunité, donc je la saisis en fait* ».

Regard sur les identités assumées

Étant arrivée en IFSI à l'issue d'un épuisement professionnel, Karen a perçu une diminution très significative de sa charge mentale professionnelle, ce qui s'est traduit par une meilleure qualité de vie au travail et hors-travail : « *En termes de stress mais c'est le jour et la nuit ! [...] Je ne suis plus jamais stressée ici* ». Elle attribue cela à une charge de travail

moindre et à un travail en équipe présent : « *Déjà je pense qu'en IFSI on a le temps de faire les choses. La charge de travail est honnêtement moins lourde qu'en bloc opératoire. [...] Et puis il y a un partage en équipe, on n'est pas seul non plus* ».

Karen se définit comme une formatrice ayant une posture d'accompagnement, montrant un chemin que l'étudiant est libre de suivre ou non : « *Je suis quelqu'un qui accompagne. J'ai envie de dire ça : j'accompagne, j'accompagne l'étudiant dans sa construction professionnelle peut-être je dirais, dans la construction de son identité professionnelle. Ouais je me vois un peu comme ça. Je lui montre le chemin mais... [...] Ou il le prend pas. Oui c'est ça. Parce que je pense que naviguer à côté du chemin c'est très formateur aussi. Ouais je vois ça un peu comme ça* ». En lien avec sa seconde motivation pour devenir formatrice en IFSI, Karen attache également une certaine importance à la transmission des savoirs avec une posture donc d'animatrice : « *Oui voilà c'est vraiment la transmission d'un savoir infirmier. [...] Parce que là je vois des collègues, je me dis en fait : mais là arrête ça se fait plus depuis cinq ans... et après comment ils vont s'y retrouver ? Ça me paraît essentiel d'être dans les pratiques actuelles* ». Nous retrouvons la synthèse de ces deux approches dans la phrase suivante : « *Quand je suis arrivée, je me suis dit : bon ben voilà je vais participer à la construction de leur identité et je vais leur dire mon savoir* ».

Pour mettre en pratique sa posture d'accompagnatrice, Karen accorde de l'importance à la relation à l'autre, qu'elle souhaite individualiser, et recherche une relation de confiance avec les ESI. En lien avec les valeurs professionnelles qu'elle veut porter avec une posture d'agent de changement, elle se veut rigoureuse, respectueuse, bienveillante, empathique et promeut le travail en équipe : « *Le respect, la bienveillance, l'empathie, enfin voilà. L'équipe aussi, les valeurs de l'équipe. [...] Le travail d'équipe a beaucoup de sens pour moi* ».

Pour Karen, les compétences relationnelles sont fondamentales pour être formatrice en IFSI : « *Des compétences relationnelles d'abord parce que je pense que la connaissance, on peut toujours la chercher* ». Mais les compétences infirmières sont également importantes quand nous abordons la question de la transmission des savoirs et de leur nécessaire contextualisation par le biais d'une posture de modèle : « *Enfin on essaie d'être au plus près de la pratique et sans... c'est ce qui plaît aux étudiants aussi, quand on illustre nos propos. [...] Oui voilà c'est vraiment la transmission d'un savoir infirmier* ».

Diplômée cadre de santé, Karen est également titulaire d'un master 1 en management.

Regard sur les identités attribuées

Karen se sent reconnue professionnellement par l'ensemble de ses collaborateurs professionnels. Elle semble rechercher actuellement la reconnaissance chez les ESI alors que quand elle était en service, c'était celle des collègues et des patients qui était visée : « *Alors la reconnaissance sur le terrain on l'a par ses pairs, mais ici on l'a... on a une forme de reconnaissance à travers les étudiants. [...] Il me semble en tout cas, mais je trouve que la reconnaissance, on l'a dans le regard de ses collègues, des patients, et puis ici des étudiants* ». Par les étudiants, elle pense être reconnue comme « *quelqu'un de rigoureux avec de la bienveillance* ». Financièrement Karen dit se sentir peu reconnue, car sa grille indiciaire n'évoluera plus : « *Pas trop et je vais vous dire pourquoi : j'ai un peu plus de cinquante ans et je suis à la... je suis au maximum de ma grille salariale en tant que cadre. Et si je reste dans ce statut cadre, je n'évoluerai plus financièrement. [...] Mais c'est vrai que ça me dérange quand même un peu quelque part de me dire : dans dix ans si je reste cadre, je serai toujours financièrement... même si on me confie des tâches supplémentaires, j'aurai toujours le même salaire en fait* ».

Karen s'est globalement toujours sentie reconnue professionnellement hormis lors de son expérience de faisant-fonction de cadre de proximité et également lors de son arrivée au bloc opératoire : « *Le seul moment où je ne me suis pas sentie reconnue c'est quand j'ai fait fonction. [...] C'est vraiment la seule période de ma vie où je ne me suis pas... Et peut-être le moment où j'ai débuté aussi, parce qu'en bloc c'était un peu... enfin c'est un peu compliqué quand on débute au bloc opératoire* ».

Si elle se sent reconnue par les professionnels de terrain, elle pense que leur vision des formateurs IFSI est moins positive à cause d'une possible trop grande distance avec les soins et d'un stress moins important qu'en service : « *Mais en même temps, c'est vrai que c'est une réalité aussi, est-ce que rester quinze ans formateur ça a encore du sens par rapport à l'évolution des pratiques sur le terrain ? C'est vrai que l'on peut comprendre ce regard-là. [...] Le fait qu'il n'y ait pas de stress, mais ça peut induire chez les autres des petites jalousies* ». Karen déplore un manque de liens entre les formateurs de terrain et les formateurs en IFSI : « *Oui je trouve qu'on n'échange pas assez, c'est trop cloisonné entre l'IFSI et les services. C'est ce qui crée d'ailleurs des difficultés en fait... parce qu'ils ne savent pas trop ce que l'on fait et on se dit qu'on connaît plus ce qu'ils font* ». L'image des formateurs IFSI en général au niveau de son institution lui paraît fragile, en lien avec des arrivées en IFSI non désirées et consécutives à des insuffisances perçues en tant que manager : « *Peut-être un petit peu moins, peut-être un peu moins oui. Parce que certains formateurs ne sont pas arrivés* ».

ici par choix direct, c'est peut-être ça aussi qui crée ce genre d'images. Quand on n'a pas vraiment choisi d'être, de travailler dans un endroit... C'est un petit peu entre guillemets, l'endroit où on pouvait mettre les cadres qui dysfonctionnaient dans les services ». Karen précisera d'ailleurs au début de l'entretien être arrivée « par souhait ».

Enfin la reconnaissance professionnelle par les proches se fait uniquement au niveau de l'identité héritée infirmière : *« Et puis les autres vous le rappellent, quand on est infirmier dans une famille. Et comme je ne suis pas dans une famille de soignants, je suis vraiment le référent soignant. [...] Oh ben oui parce que quand on est infirmier dans une famille de non-soignants on est sollicité en permanence. [...] Oui c'est vrai ça... c'est en tant qu'infirmière. Alors c'est vrai que c'est quand même assez récent que je suis formatrice. Mais c'est peut-être pas ce que je mets en avant non plus ».*

Regard sur le processus d'universitarisation

L'universitarisation de la formation infirmière est tout d'abord perçue de façon lointaine : *« Alors je n'en ai pas l'expérience de l'Université vraiment parce qu'ici on est quand même à distance de l'Université ».* Ceci s'accompagne d'une crainte d'une centration sur des savoirs abstraits au détriment d'un accompagnement et d'une transmission des valeurs soignantes : *« Alors c'est vrai... ben on le voit avec les universitaires qui dispensent bien sûr un savoir mais qui n'ont pas forcément l'expérience de terrain et du coup on a besoin de redécoder avec les étudiants. [...] Voilà après je me dis que mes valeurs, enfin les valeurs soignantes comment on va pouvoir les véhiculer avec des universitaires. [...] Mais j'aurais peur qu'on perde les valeurs soignantes surtout ».*

En lien avec cette logique de transmission, Karen pense que certains formateurs IFSI doivent rester issus de la filière infirmière : *« Je vois pas, je sais pas comment un pharmacien, un kiné et encore on reste dans le domaine du soin, vont former... [...] Je dis pas que mais... y a pas besoin que d'infirmiers, mais ouais la pratique infirmière, nos compétences, je vois pas qui pourrait... qui pourrait vraiment les transmettre ».* Elle se montre moins affirmative quant à la nécessité d'être titulaire d'un diplôme de cadre de santé pour être formateur IFSI : *« Je ne trouve pas que c'est le diplôme de cadre qui, qui, qui fait les compétences pour le coup, ouais. Vraiment pas, vraiment pas. Je pense que ouais... honnêtement, si bien sûr parce que ça nous amène une ouverture d'esprit... être cadre ou pas en IFSI, je pense qu'on peut être aussi bon formateur sans diplôme ».*

Karen craint également que les formateurs IFSI actuels soient impactés par cette universitarisation, se retrouvant sous-diplômés et cantonnés à des tâches organisationnelles : « *Dans les exigences de diplômés, certainement oui, oui. [...] Je sais pas trop quelle forme elle prend réellement pour les formateurs. Mais pour le peu avec lesquels j'ai échangé, ils disent qu'ils sont vraiment en retrait finalement, ils sont plus dans de l'organisationnel, et c'est tout. J'espère qu'on ne va pas vers cela quoi* ». Enfin elle imagine un changement de gouvernance des IFSI où les directeurs seront remplacés : « *Et puis les directeurs d'IFSI n'existeront plus, ce seront des doctorants* ».

Synthèse de l'entretien de Karen

Karen présente encore une identité infirmière forte qu'elle revendique dans tous les contextes de sa vie actuelle. Son arrivée en IFSI, consécutive à un épuisement professionnel, était cependant un projet depuis son année de formation en IFCS. L'avenir professionnel envisagé s'inscrit dans une dynamique de transformation identitaire exogène (Kaddouri, 2006) avec un poste de responsable hygiéniste d'établissement hospitalier. Karen se définit comme une formatrice ayant des postures d'accompagnatrice, d'animatrice et d'agent de changement (Boissart, 2017). Elle perçoit donc les compétences relationnelles et infirmières comme primordiales pour être formateur IFSI. Si elle se sent professionnellement reconnue, en partie grâce à son identité héritée (Dubar, 2010) infirmière (notamment par ses proches), Karen pense que l'image globale des formateurs IFSI aux niveaux de son institution et des professionnels de terrain est assez négative car trop éloignée de la pratique soignante et de la pression inhérente. L'universitarisation de la formation renvoie une crainte de savoirs académiques trop abstraits, associée à une perte de transmission des valeurs et des savoirs infirmiers. Elle envisage une réduction du nombre de formateurs ayant un passé infirmier, qui s'accompagnerait d'une mise en retrait de ceux-ci avec un rôle uniquement organisationnel.

2.2.12. Analyse de l'entretien de Louis

Louis est formateur dans un IFSI dépendant d'un centre hospitalier depuis cinq ans. Notre entretien¹⁵ a duré 56 minutes et s'est tenu dans son IFSI d'exercice. Louis a mis en

¹⁵ Cf. annexe 13

avant comme motivation principale pour être devenu formateur son envie de porter les valeurs infirmières.

Regard sur les identités héritées

Louis est âgé de 39 ans au moment de notre entretien, il est marié à une infirmière. Il n'y a pas d'autre personne de son entourage familial qui exerce dans le milieu de la santé. Titulaire d'un baccalauréat scientifique en 1998, Louis s'engage directement dans la formation infirmière. Ce n'était pas son choix premier, il souhaitait devenir professeur d'histoire-géographie, mais des enjeux financiers et parentaux le contraindront, sur les conseils d'un camarade de classe de première, à changer de projet professionnel : *« J'avais un autre projet de prof d'histoire-géographie. Mais pour des raisons, on va dire financières et... de demande des parents [...] Donc oui je pense très tôt, je voulais être côté enseignement. Donc là je me suis rabattu sur la formation infirmière. [...] C'est peut-être quelque chose qui a peut-être mûri en année de première finalement. J'étais pas parti là-dessus et en discutant, en échangeant, il y avait un collègue, un camarade de classe qui parlait de ce métier, alors... ça s'est fait comme ça »*.

Devenu infirmier en 2001, Louis exercera principalement dans des services de médecine générale, avant de s'orienter vers les soins intensifs en neurologie. Il évoque, sans doute en lien avec son projet professionnel initial, *« un désir d'aller vers la fonction de formateur assez tôt »*. Proposant dans un premier temps ses services en IFSI, puis étant sollicité par la suite, sa nouvelle orientation professionnelle mûrit : *« Donc voilà... en fait... je faisais des apparitions dans l'IFSI assez régulières quoi, aux niveaux des cours, des mémoires, des concours d'entrée. Et puis c'est venu comme ça, je me suis dit : tiens formateur pourquoi pas »*.

Louis s'engagera donc en 2012 dans une année de formation en IFCS pour devenir cadre de santé. Mais il apprendra le dernier jour de formation que son futur poste n'est pas en IFSI comme il l'envisageait, faute de place disponible, mais en service de réanimation en tant que cadre de proximité. Cette expérience ne durera que huit mois et prendra fin soudainement au moment où une opportunité en formation se présentera : *« Et en fait, l'expérience en réa s'est arrêtée brutalement, pour des raisons que je vais pas évoquer là, mais voilà elle s'est arrêtée brutalement et très vite avec la direction comme il y a eu cette opportunité-là, on m'a mis à l'IFSI... par rapport à mon projet en formation plus initial »*. Cette découverte de la formation commencera avec les élèves aides-soignants, puis après quelques mois, Louis

deviendra formateur IFSI. Il n'hésitera pas au moment de le devenir : « *Ah non, aucune hésitation. Moi c'était clair depuis le début, comme je le disais, quand j'étais infirmier c'est cette fonction-là qui m'attirait* ».

Louis se retrouve dans les quatre motivations pour devenir formateur IFSI issues de notre typologie : « *Moi je dirais les quatre comme ça* ». Quand nous lui demandons d'en dégager une, il choisira l'envie de porter les valeurs infirmières.

Regard sur l'identité investie dans le présent

Il se sent encore à ce jour pleinement infirmier : « *Oui je pense, je me sens toujours infirmier dans ma tête. [...] Donc je me sens toujours infirmier finalement oui* ».

Louis déclare se présenter dans un premier temps comme formant les futurs infirmiers/infirmières avant de se déclarer dans un second temps formateur en omettant le terme de cadre de santé : « *J'aime bien dire : je forme les futurs infirmiers et infirmières voilà. Finalement je dis pas formateur d'emblée, je dis : voilà je forme les futures infirmières. Après formateur, je me présente comme formateur* ». Cependant nous remarquons qu'au début de l'entretien, il s'est présenté comme cadre de santé : « *Donc Louis [REDACTED], je suis formateur ici, alors cadre de santé formateur à l'IFSI de [REDACTED] depuis mars 2014* ».

Regard sur les identités visées

Louis voit son avenir professionnel dans un retour d'ici deux ans à un poste de cadre de proximité. Il dit avoir tiré beaucoup d'enseignement de sa première expérience contrainte de manager : « *Avec le recul des cinq dernières années, j'en tire beaucoup de positif finalement sur moi-même et sur, sur le management* ». En lien avec l'universitarisation de la formation infirmière et des changements récents au niveau de sa direction, Louis dit avoir « *besoin de stabilité et de ligne directrice* » qu'il ne perçoit pas actuellement et qu'il pense (re)trouver dans le management. Enfin ce retour vers l'encadrement d'équipes de soins lui permettrait à plus long terme d'envisager un poste de cadre supérieur de santé : « *Je pense que je peux encore évoluer... cadre sup vous voyez ce serait un aboutissement je pense* ».

Regard sur les identités assumées

Après son expérience brève et difficile dans le management hospitalier, Louis perçoit un impact positif à son arrivée en IFSI, lui ayant permis de mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle : « *Un impact sur la vie personnelle ? On va dire bénéfique parce que mon expérience en réa, j'étais, j'étais, j'étais mal finalement. Donc le fait d'être formateur, je pense que sur la vie personnelle, la vie de couple on peut le dire comme ça, ça m'a permis de me reconstruire en fait finalement, on va le dire comme ça. [...] La vie professionnelle avait pris le pas sur la vie personnelle. Alors que là c'est plutôt l'inverse finalement* ».

Louis se définit comme un formateur qui transmet des savoirs avec une posture d'animateur, mais surtout des valeurs soignantes, humanistes comme le prendre soin, la bienveillance, l'honnêteté avec une posture d'agent de changement : « *Parce que je me dis que je me lève pas non plus pour faire des cours magistraux, des TD finalement, je suis là aussi pour ces valeurs à travers... je trouve que c'est surtout, pour moi, un prétexte pour transmettre ces valeurs finalement* ». La finalité de son action de formateur est centrée sur le patient : « *Toujours avec cette notion de je fais ça pour les étudiants, mais derrière y a toujours le patient finalement y a toujours cette notion-là soignante où derrière tout ce qu'on peut faire ici c'est pour le patient voilà. Donc j'ai toujours cette idée-là en tête, mais voilà* ». Louis parle d'ailleurs souvent dans ses séquences d'enseignement d'expériences vécues, par les étudiants ou par lui-même : « *Même si c'est un cours magistral, on échange sur des situations que j'ai vécues, qu'ils ont vécues. [...] Alors les situations concrètes vécues, ça ça leur parle beaucoup* ».

Louis se veut « *organisé, rigoureux, [...] honnête avec les étudiants* ». Par rapport à l'honnêteté, Louis se pose quelque peu en modèle, désirant la retrouver chez les ESI lors des guidances de MFE (« *Qu'ils soient honnêtes avec eux-mêmes dans leur travail. [...] Voilà le faire de façon honnête. [...] Donc voilà qu'ils soient honnêtes, encore une valeur soignante, qu'ils soient honnêtes avec eux-mêmes par rapport à ce travail* ») ou lors des suivis pédagogiques individuels (« *C'est un moment où l'étudiant alors euh... alors c'est pareil soit honnête avec moi finalement* »).

Il se pose en fervent défenseur des suivis de stage, se servant de ce temps pour prendre un rôle que les tuteurs n'assument pas, selon lui, faute de temps ou de formation par rapport à la réflexivité et à la mise en lien théorie/pratique : « *Moi je me dis qu'il faut continuer à aller voir les étudiants en stage parce qu'il y a que là qu'on peut leur faire prendre un peu de recul et d'analyse sur leur pratique. Parce que les infirmiers au quotidien, ils ont peut-être pas forcément le temps, s'ils sont pas formés au tutorat voilà, même ceux qui sont formés au tutorat*

n'ont pas le temps voilà. C'est le contexte actuel à l'hôpital je veux dire. [...] Mais ouais je me dis, si c'est pas nous qui le faisons, eux ils le feront pas et l'étudiant va faire son stage, ça va se passer tranquillement et on l'aura jamais questionné, prendre le temps sur : mais qu'est-ce que tu as fait là ? Nous, c'est ce qu'on fait et je pense qu'il faut le préserver quoi. Il faut favoriser cette analyse réflexive, comme on dit, sur le stage ».

Pour Louis, les compétences organisationnelles, pédagogiques et relationnelles sont primordiales pour être formateur IFSI. Tout comme le sont les compétences infirmières : « *Je vois pas comment ça pourrait être autrement ».*

Diplômé cadre de santé en 2013, Louis s'était engagé pendant cette formation de cadre de santé dans un master en management. Il avait validé toutes les UE théoriques et il lui restait à effectuer un « *stage avec un mémoire action* ». Mais son établissement ne le prenant pas en charge financièrement, il ne le finira pas.

Regard sur les identités attribuées

Louis se sent professionnellement reconnu par l'ensemble de ses collaborateurs professionnels. Il base cette reconnaissance actuelle sur son passé d'infirmier : « *Je pense qu'il faut déjà être reconnu professionnellement en tant qu'infirmier. [...] Je pense qu'en gros si on tient pas la route ou si on est étiqueté mauvais infirmier et qu'on devient formateur, on se dit : il était pas bon infirmier, comment il va pouvoir transmettre après ces choses-là aux étudiants ? [...] Être reconnu en tant qu'infirmier pour être crédible en tant que formateur, vous voyez ».* Louis ne perçoit pas de différence en termes de reconnaissance entre son activité d'infirmier et celle de formateur, s'estimant reconnu antérieurement quand il exerçait comme infirmier : « *Je pense que... ma pratique au quotidien, je devais, je pensais avoir été reconnu comme ça, compétent dans cette fonction infirmière ».*

En revanche Louis perçoit une image négative des formateurs IFSI, de façon générale, en comparaison avec celle des cadres de proximité : « *J'ai l'impression que parfois, on n'est, on n'est pas, on n'est pas suffisamment reconnu par rapport à un cadre de santé qui serait sur le terrain, oui ».* Cette perception est véhiculée, selon lui, par le fait que dans son institution quand les cadres de proximité ne sont pas jugés performants ou compétents, ils sont mutés en IFSI : « *Je crois qu'en grande majorité y a quand même des personnes qui... qui ont exercé sur le terrain et qui, pour une raison ou une autre, à un moment donné n'ont pas réussi sur le terrain. Donc en fait c'est... c'est quand on dit que c'était la voie de garage vous voyez les cadres de santé de l'IFSI. On sait pas quoi en faire, allez hop IFSI ! [...]* Ça voudrait dire que

on n'est pas un bon cadre, alors on va à l'IFSI, vous voyez un peu comme idée ». Étant dans ce cas de figure, Louis ne se sent cependant pas concerné parce que son projet initial était d'être formateur : « Alors moi dans ma tête ce qui n'est pas mon cas parce que moi j'avais ce projet-là très tôt même si mon expérience n'a pas abouti ».

Regard sur le processus d'universitarisation

Exerçant dans un IFSI ne dépendant pas d'un CHU, l'universitarisation de la formation infirmière apparaît très lointaine : « *Je la perçois de très loin ici ! [...] Il faut qu'on m'explique où est l'Université ici* ». Correspondant CEFIEC de son IFSI, il se questionne sur les disparités nationales : « *Et je me dis : est-ce que c'est à deux vitesses ou pas cette formation actuellement en France ? [...] Je la vois à travers les réunions CEFIEC, on évoque tout ça mais ça me paraît tellement loin par rapport à d'autres IFSI qui sont proches de CHU peut-être* ».

Il pense que les formateurs IFSI actuels seront impactés en étant contraints d'évoluer vers la recherche : « *Je pense qu'il va falloir évoluer professionnellement encore peut-être comme vous, aller vers le doctorat, master, doctorat, dans la recherche voilà. Et je me dis... je me dis que oui si le projet c'est toujours d'être dans ce métier-là, il va falloir obligatoirement passer par là* ». Louis se questionne sur le devenir des formateurs actuels : « *Que va-t-on devenir ? Ça va être du cent pour cent Université ou comme les IUT à faire... où on sera chargé de TD ?* ».

Louis pense cependant qu'il est nécessaire d'avoir été infirmier pour être formateur IFSI. Il le justifie par une transmission de savoirs et surtout de valeurs qui ne peut se faire par une personne n'ayant pas exercé la profession infirmière : « *C'est peut-être possible mais moi je reste sur ma phrase : personne d'autre qu'un infirmier ne peut former un autre infirmier, je veux dire... cette transmission de savoirs, de valeurs...* ». Par contre, il se montre moins catégorique quant à la nécessité d'être cadre de santé pour être formateur IFSI, estimant un master en pédagogie suffisant à condition d'avoir également un diplôme d'infirmier : « *Parce qu'ici il y a des collègues qui sont infirmiers, infirmières, qui ont passé des masters en pédagogie, qui sont... je dirais peut-être, ils ont plus de connaissances, on va le dire comme ça, que moi sur les aspects pédagos. [...] Je me dis, je me dis qu'il y a peut-être pas besoin d'être cadre de santé pour être formateur* ».

Synthèse de l'entretien de Louis

Louis est devenu formateur IFSI après un court passage contraint de cadre de proximité en service de soins à la sortie de l'IFCS. Il dit se sentir encore pleinement infirmier dans son identité investie dans le présent (Gravé, 2002) et souhaite redevenir manager d'équipes paramédicales, afin d'envisager ultérieurement un poste de cadre supérieur de santé, révélant ainsi une dynamique de transformation identitaire exogène (Kaddouri, 2006). Louis se définit dans la transmission des valeurs soignantes et des savoirs infirmiers dans des postures d'agent de changement et d'animateur, associées à une posture de modèle (Boissart, 2017). Pour lui, les compétences organisationnelles, pédagogiques, relationnelles et infirmières sont primordiales pour être formateur IFSI. Il se pense reconnu professionnellement par l'ensemble de ses collaborateurs professionnels révélant ainsi des jugements d'utilité et de beauté (Dejours, 2003) positifs par son passé infirmier. Mais il perçoit cependant une image négative des formateurs IFSI par rapport aux cadres de santé managers. Ceci est probablement dû au fait que quand ces derniers ne sont pas compétents, ils deviennent... formateurs en IFSI ! Exerçant dans un IFSI ne dépendant pas d'un CHU, l'universitarisation de la formation infirmière lui paraît lointaine et floue. Louis perçoit une nécessaire évolution professionnelle des formateurs IFSI actuels vers la recherche, au risque sinon de devenir uniquement chargés de TD. Enfin il apparaît nécessaire à Louis d'avoir un passé infirmier pour être formateurs IFSI afin de transmettre les valeurs et savoirs infirmiers. Cependant il ne juge pas le diplôme de cadre de santé nécessaire pour ce faire, estimant qu'un infirmier avec un master en pédagogie peut être formateur IFSI.

2.2.13. Analyse de l'entretien de Marie

Marie est formatrice depuis un an et demi dans un IFSI dépendant d'un CHU. Notre entretien¹⁶, qui a duré 44 minutes, s'est déroulé dans le cadre professionnel de son IFSI d'exercice. En lien avec notre typologie des formateurs IFSI, Marie a mis en avant comme motivation principale pour être devenue formatrice son envie de porter les valeurs infirmières.

¹⁶ Cf. annexe 14

Regard sur les identités héritées

Au moment de notre entretien, Marie est âgée de 42 ans. Elle est mariée et a un enfant. Hormis son frère qui l'a suivie dans le milieu paramédical en devenant lui-même infirmier, aucune autre personne de sa famille n'a de liens professionnels avec le milieu du soin. Marie avait pour projet initial de devenir institutrice. Suite à une séance d'initiation aux premiers secours, Marie décide de s'orienter vers le monde soignant : *« J'ai voulu être, dans tous les cas dans le soin, après avoir découvert euh... lors de je sais plus si c'est lors de la première ou de la terminale qu'on a fait la FGSU. Enfin ça s'appelait pas la FGSU mais la formation aux premiers secours »*. L'année de sa terminale littéraire, elle s'inscrit aux concours infirmier et aide-soignant. N'ayant eu ni le baccalauréat, ni le concours pour entrer en IFSI, Marie s'engage dans la formation aide-soignante en 1997. Diplômée, elle exercera dans divers services (EHPAD, chirurgie, urgences...) avant d'intégrer en 2001 un IFSI par le biais de la promotion professionnelle.

Diplômée infirmière en 2004, elle débutera par choix en bloc opératoire dans la clinique privée qui avait financé sa formation. Cet intérêt lui a été transmis par une de ses formatrices en IFSI qui était elle-même IBODE. Cependant le statut de faisant-fonction d'IBODE ne lui conviendra pas et Marie s'autofinancera la préparation au concours pour entrer en formation IBODE. Dans l'attente, elle quittera provisoirement le bloc opératoire pour exercer en service de soins intensifs. Ayant eu le concours d'entrée en école d'IBODE, Marie quitte son établissement pour entrer dans la fonction publique hospitalière, qui lui financera sa formation d'IBODE. Diplômée IBODE en 2010, Marie exercera pendant trois ans au bloc opératoire avant de s'engager dans la formation de cadre de santé en 2013 dans l'optique de devenir formatrice : *« Et puis j'enchaîne avec... formation des cadres parce que j'avais quand même pour le coup le projet de faire de la pédagogie »*.

Faute de place disponible en IFSI dans son établissement en 2014, Marie poursuivra son évolution professionnelle en devenant cadre de santé de proximité en service de médecine générale et interne. Quand des postes ont été vacants dans l'IFSI dépendant de son établissement, Marie a postulé, mais sans succès, car paradoxalement elle donnait pleinement satisfaction dans son poste de cadre de proximité : *« Il y avait des postes qui se libéraient à [REDACTED] sauf que quand j'ai pris rendez-vous avec ma direction des soins, elle ne souhaitait pas m'y mettre parce que je faisais bien tourner mon service. Donc elle voyait pas l'intérêt de me retirer du service puisque des cadres qui font tourner leurs services, pour eux c'était pas si simple. Donc du fait que ça fonctionnait, et avec le chef de service, et avec l'équipe et que j'avais réussi à maintenir cette, ce service, ils n'ont pas souhaité me changer*

de service pour aller en IFSI ». Un changement d'établissement devient alors le seul moyen pour intégrer un IFSI : *« Donc le seul moyen d'accéder à la pédagogie, c'était de demander une mutation ».* Marie obtient cette dernière un an plus tard et elle intègre donc son IFSI actuel qui est relié à un CHU à la rentrée 2017. Elle déclare ne pas avoir hésité : *« Non ça a été facile parce que j'étais dans un tournant à vouloir mener un autre projet entre cadre de proximité et la pédagogie. [...] Non pas d'hésitation. Quand le choix est pris j'ai jamais d'hésitation ».* Dans la continuité du master en management obtenu lors de son année en IFCS, Marie est doctorante depuis quelques mois en sciences économiques et de gestion.

Par rapport à ses motivations pour devenir formatrice IFSI, Marie met en avant son envie de porter les valeurs infirmières. Elle n'oublie pas pour autant son envie professionnelle première : *« Ben de toute façon je voulais être instit, donc j'avais ce lien avec la pédagogie ».*

Regard sur l'identité investie dans le présent

Marie ne semble plus se sentir infirmière à ce jour, hormis pour les valeurs infirmières qu'elle souhaite transmettre. Sinon elle se sent cadre de santé : *« Ben infirmière dans les valeurs ! Euh... mais là je vais pas aller faire... soigner demain des gens voilà. Donc euh... infirmière dans les valeurs à transmettre oui. Mais sinon je me sens cadre de santé ».* Ayant effectué de nombreuses transitions professionnelles dans son exercice professionnel, Marie pense qu'il faut avoir fait le deuil d'une fonction avant d'en occuper une autre : *« Et pour avoir peut-être une vision de la prise de décision plus juste et peut-être avec une prise de recul, que si on se disait : dans ma tête je suis encore infirmière, ça veut dire que j'ai pas fait le deuil et que je veux... ».*

Marie se présente donc comme cadre de santé principalement, dénomination à laquelle elle peut accoler le terme de formateur : *« Cadre de santé... [...] Cadre de santé formateur. [...] Pas toujours, ça dépend. Sur le terrain, des fois je vais dire cadre de santé formateur parce qu'on te resitue plus. Mais pour ma part je suis cadre de santé, c'est mon diplôme. Formateur n'est pas un diplôme hein, c'est... voilà. Donc je suis pour ma part cadre de santé ».*

Regard sur les identités visées

À court terme, Marie envisage de rester formatrice IFSI. À plus long terme, elle ne se projette pas : *« Je n'ai pas de vision sur du long terme. [...] Ben à court terme, poursuivre en*

tant que cadre de santé formateur. À moyen terme et long terme, je ne me suis pas projetée donc euh... je ne sais pas. [...] Mais en tous les cas, là j'ai aucune projection sur la suite ».

Engagée depuis peu dans un doctorat, elle ne se projette pas nécessairement dans un poste d'enseignant-chercheur : *« J'ai pas fait le doctorat premier pour avoir un poste derrière, je l'ai fait pour le plaisir avant tout. [...] Donc je ne recherche rien professionnellement avec ce doctorat ».*

Regard sur les identités assumées

Marie déclare un impact très positif lors de son arrivée en IFSI par rapport à son précédent poste de cadre de proximité, appréciant la diminution de la charge mentale : *« Beaucoup moins de pression que cadre de proximité, vraiment, vraiment. Euh... le changement aussi dans la qualité de vie parce qu'il faut pas se cacher : les amplitudes horaires sont quand même pas les mêmes, on a aussi beaucoup plus de repos avec les congés pédagogos qu'on n'a pas du tout en secteur d'activité de soins. [...] Donc oui, beaucoup, beaucoup moins de stress et une meilleure qualité de vie au travail en tant que cadre de santé formateur. [...] Mais si je compare euh... la qualité de vie au niveau de cadre de santé formateur et cadre de santé de terrain, pour ma part, y a une meilleure qualité de vie en étant cadre de santé formateur ».*

Elle se définit comme une formatrice respectueuse et à l'écoute, qui cherche à donner du sens en contextualisant les savoirs dans des situation de soins : *« À l'écoute, donner du sens à ce qu'on fait et aussi peut-être resituer toujours auprès des étudiants que... comment dire... la réalité du terrain ».* Ceci étant en lien avec les valeurs infirmières qu'elle prône pour elle-même et pour les ESI se situant alors dans des postures d'agent de changement et de modèle : *« Les valeurs de respect, de prendre soin, de faire attention à l'autre, de donner du sens : pourquoi on est là ».* Marie adopte une posture d'accompagnatrice lors des guidances de MFE, des suivis de stage ou des suivis pédagogiques individuels : *« Ensuite en fait les accompagner mais je les oriente pas dans : vous devez aller par-là, etc., je leur laisse leur liberté de mener leurs recherches en fait. [...] Mais je les laisse libre de mener... leurs recherches telles qu'ils souhaitent. [...] Donc les accompagner aussi dans ça ».* Sa rigueur au travail est un élément central dans le parcours de Marie : *« Même en étant IBODE, j'avais cette rigueur au travail qui faisait, je pense, qu'on me respectait et qu'on pouvait me faire confiance. Et donc j'ai aussi cette rigueur en tant que cadre, que ce soit proximité ou formateur, ce qui fait que je pense que... enfin en tous les cas sur le terrain on me respectait parce qu'on*

savait que j'allais essayer de mener dans tous les cas au mieux mes missions. Voilà je suis quelqu'un d'assez honnête et respectueuse donc... ».

Pour Marie, les compétences pédagogiques et relationnelles sont primordiales pour être formateur en IFSI. En ce qui concerne les compétences infirmières, elle se montre moins tranchée, celles-ci lui paraissant uniquement nécessaires pour les unités d'enseignement en lien avec le cœur de métier infirmier : *« Après selon certaines UE, y a peut-être pas besoin. Mais si y a des UE « cœur de métier » effectivement... ».*

Diplômée cadre de santé et titulaire d'un master en management depuis 2014, Marie est maintenant engagée dans un doctorat en sciences économiques et de gestion.

Regard sur les identités attribuées

La reconnaissance professionnelle pour Marie se révèle incertaine au niveau de ses proches collaborateurs professionnels, ESI et collègues formateurs : *« Pas tous. Mais... on n'attend pas non plus une reconnaissance de l'ensemble des étudiants. [...] Ça va être oui pour certains, oui pour certains étudiants, oui pour certains formateurs ».* Elle partage le même ressenti vis-à-vis des intervenants extérieurs : *« En tous les cas reconnue pour mes compétences et mon organisation, en tous les cas dans le domaine organisationnel à gérer, je sais pas, un cours qui s'annule ou le fait qu'ils puissent pas intervenir sur tel et tel jour, la réactivité par rapport à leur proposer aussi d'autres créneaux, etc. Oui reconnue dans le domaine organisationnel, le reste je peux pas dire ».*

Par les formateurs de terrain, Marie se sent pleinement reconnue : *« Pour le coup oui ! Là je peux le dire vraiment parce qu'il y a du bon contact, nous avons créé du lien, y a des choses qu'on a mené ensemble pour des projets. Donc je pense que oui ».*

En lien avec une évolution dans la prise en charge de son doctorat consécutive à un changement de direction, Marie ne se sent pas reconnue sur ce point par cette dernière : *« Ça dépend. Là au niveau du doctorat, clairement non. Pour le reste j'en sais rien ».* L'absence de retour sur son travail par ses supérieurs explique ce doute : *« On n'a jamais de retour de nos supérieurs sur... en fait vraiment notre travail, s'il est qualitatif ou pas. Donc derrière est-ce qu'on y met de la reconnaissance aussi ? Je sais pas ».*

Au niveau institutionnel, Marie perçoit une absence de reconnaissance des cadres de santé formateurs, par rapport notamment aux cadres de proximité : *« Direction générale du [REDACTED], non je pense qu'il n'y a pas de reconnaissance du... des cadres de santé formateurs.*

[...] C'est peut-être un ressenti mais j'ai pas l'impression qu'il y ait la même vision des choses entre les cadres de santé formateurs et les cadres de santé de proximité. Enfin ce n'est peut-être qu'un ressenti, c'est peut-être subjectif ».

Marie se sentait davantage reconnue quand elle était cadre de proximité, car son précédent établissement n'avait pas voulu la laisser partir vers un poste de formatrice IFSI : « *Pour le coup, cadre de proximité certainement reconnue puisqu'à [REDACTED] on m'avait empêchée pour le coup d'accéder au cadre pédagogique ».*

Regard sur le processus d'universitarisation

Se sentant peu informée sur la question malgré son appartenance à un CHU, Marie adopte cependant une attitude positive vis-à-vis de l'universitarisation de la formation infirmière : « *On n'a pas eu vraiment d'informations plus que ça. [...] Donc j'attends d'avoir plus d'informations. L'Université peut avoir aussi des bonnes choses, faut pas non plus... voir que, enfin le côté négatif. Je pense que s'il y a une évolution, faudra bien prendre le côté positif et plutôt être force de proposition plutôt que de subir les choses ».* Elle y voit une possibilité d'accroître les connaissances, et donc les compétences infirmières, par le biais d'une meilleure coopération entre professionnels de santé : « *L'ouverture vers certaines peut-être connaissances ou compétences que voilà, que peut-être que nous on n'aurait pas perçues je sais pas. [...] Ça peut peut-être amener plus de, plus de coopération, de collaboration entre les différents secteurs médicaux, paramédicaux ».* Ayant un abord positif quant à cette question, Marie n'envisage pas pour le moment les aspects plus négatifs que cela pourrait engendrer : « *Les craintes je sais pas, j'ai pas réfléchi aux craintes. J'ai plutôt un côté positif donc... ».*

Marie se montre réservée quant à la nécessité d'avoir un passé infirmier pour être à l'avenir formateur IFSI. Elle juge cela indispensable pour l'enseignement des UE liées aux sciences infirmières : « *Tout ce qui est cœur de métier, c'est vrai que ce soit quand même un versant infirmier qui poursuive, ça me semble indispensable ».* Par contre cela lui paraît moins nécessaire pour les autres UE, cela étant déjà le cas pour certaines d'entre elles : « *Ben tout ce qui est qualité, la recherche, je sais pas tout ce qui est méthodologie etc., ça peut être enseigné par d'autres personnes que des infirmiers. La preuve, on fait appel de toute façon à des intervenants qui ne sont pas infirmiers pour certaines choses ».* Le diplôme de cadre de santé n'est pas perçu comme obligatoire pour être formateur IFSI : « *Après on a vu ici, il y a des fonction-cadres qui sont infirmiers, qui se débrouillent très bien en tant que formateur. [...]*

En tous les cas, je sais pas si c'est le diplôme cadre qui fait que l'on a besoin de... qu'on soit un bon formateur. [...] Je sais pas si c'est le diplôme cadre qui fait que... voilà que tu sois compétent dans tous les cas dans ton rôle de formateur ou de pédagogue voilà ».

Synthèse de l'entretien de Marie

Marie présente un parcours professionnel ascensionnel depuis son début d'exercice professionnel en tant qu'aide-soignante puis infirmière, infirmière de bloc opératoire, cadre de santé de proximité et enfin formatrice IFSI tout en étant doctorante. L'identité investie dans le présent (Gravé, 2002) s'inscrit dans la rupture avec l'identité héritée (Dubar, 2010) infirmière. Marie ne se sent plus infirmière (hormis au niveau des valeurs infirmières), pensant qu'il est nécessaire de faire le deuil d'une fonction quittée afin d'en investir pleinement une autre. Elle se présente d'ailleurs comme cadre de santé avant même formatrice, et plus du tout comme infirmière. L'avenir professionnel devient flou au-delà du court terme où elle envisage de rester formatrice IFSI dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002). Attachée aux valeurs infirmières (respect, écoute, rigueur, prendre soin...), Marie se décrit dans une posture d'accompagnatrice, de modèle et d'agent de changement (Boissart, 2017) vis-à-vis des ESI. Pour elle, les compétences pédagogiques et relationnelles sont primordiales pour être formateur IFSI. Les compétences infirmières ne semblent utiles qu'en cas de référence sur les UE liées aux sciences infirmières. La reconnaissance professionnelle est pour le moins incertaine, tant au niveau du jugement d'utilité (Dejours, 2003) que de celui de beauté (*Ibid.*). Marie perçoit une non-reconnaissance des formateurs IFSI par son institution hospitalière en comparaison avec les cadres de proximité. L'universitarisation est perçue positivement, pouvant être source d'accroissement des connaissances et des compétences infirmières. Marie juge que les enseignements liés aux sciences infirmières doivent rester réservés aux personnes ayant un passé infirmier, mais pas nécessairement les autres enseignements. Enfin pour Marie, le diplôme de cadre de santé ne devrait pas être obligatoire pour être formateur IFSI.

2.2.14. Analyse de l'entretien de Noémie

Noémie est faisant-fonction de cadre formatrice depuis trois mois dans un IFSI dépendant d'un CHU. Notre entretien¹⁷ a duré 55 minutes et il s'est déroulé dans le cadre professionnel de son IFSI d'exercice. En lien avec notre typologie des formateurs IFSI, Noémie a finalement mis en avant comme motivation principale, pour être devenue formatrice, son envie d'entrer dans l'enseignement, après avoir longuement hésité avec son envie de porter les valeurs infirmières.

Regard sur les identités héritées

Âgée de 39 ans au moment de notre entretien, Noémie est mariée et a deux enfants. Nous ne retrouvons pas d'héritage familial avec le milieu de la santé. Initialement Noémie se destinait à l'enseignement, de la musique dans un premier temps puis de l'histoire dans un second temps. Lors de son année de première, une amie infirmière lui donnera envie de se diriger vers cette profession. Elle passera le concours une première fois sans succès l'année de sa terminale en 1997. Ayant obtenu un bac littéraire, Noémie s'orientera vers une faculté d'histoire-géographie. Cette année confirmera son orientation vers la profession infirmière : « *J'ai fait six mois, j'ai passé les premières partielles et après je me suis vraiment rendu compte que je voulais être infirmière* ». Elle réussira le concours d'entrée en IFSI en 1998.

Diplômée infirmière en 2001, Noémie exercera pendant six ans dans un CHU dans un service de pool de remplacement. Puis suivant son mari sapeur-pompier, elle sera amenée à travailler dans un centre hospitalier de plus petite dimension pendant une année. Ensuite, Noémie s'orientera vers une structure médico-sociale accueillant des personnes en situation de précarité où elle restera pendant sept ans.

Son arrivée en IFSI sera la combinaison d'une envie croissante de s'engager auprès des ESI en stage et de son attrait initial pour l'enseignement : « *J'ai vraiment pu prendre en charge régulièrement des étudiants, on en avait deux trois par an euh... et je me suis rendu compte que cet aspect-là me plaisait de plus en plus. Ajouter à ça mes aspirations... dans ma jeunesse où l'aspect enseignement m'avait toujours attirée, je... au bout de dix-sept ans de diplôme c'est vrai que je me suis dit c'est vrai que j'aimerais bien passer de l'autre côté et*

¹⁷ Cf. annexe 15

vraiment faire de la pédagogie... à temps complet ». Noémie a alors postulé pour intégrer l'IFSI dépendant du CHU où elle avait débuté sa carrière professionnelle, pour devenir faisant-fonction de cadre de santé formatrice.

Elle a hésité au moment de franchir le pas, car elle a quitté son poste dans le médico-social où elle était en CDI et reconnue professionnellement et financièrement comme personne experte. Au niveau de ses motivations pour devenir formatrice IFSI, Noémie hésite longuement entre son envie de porter les valeurs infirmières et son envie d'entrer dans l'enseignement. En lien avec son attirance initiale pour l'enseignement, son choix se portera finalement sur cette dernière : « *Si je voulais pas passer sur l'enseignement, je serais restée en service. Si je suis en IFSI là c'est bien parce que j'ai voulu orienter ma carrière vers l'enseignement* ».

Regard sur l'identité investie dans le présent

Néo-formatrice, Noémie se sent encore pleinement infirmière au moment de notre entretien : « *Oui ça fait que trois mois que je suis formatrice donc effectivement je me sens encore infirmière. Et puis je pense qu'on le reste toute sa vie. [...] Même le cadre de santé reste infirmier puisque... c'est la base, la base de notre métier. [...] Enfin moi en tout cas, je me sens encore infirmière complètement oui* ». Mettant en avant son peu de recul quant à cette transition professionnelle d'infirmier à formateur, Noémie envisage d'évoluer dans sa réflexion à ce sujet : « Je pense que la question posée d'ici un an ou deux, je répondrais pas forcément la même chose, mais à ce jour je me sens encore complètement infirmière ».

À ce jour, Noémie se présente comme « infirmière formatrice », ce qu'elle explique : « *Infirmière formatrice parce que je ne suis pas cadre, faisant-fonction cadre infirmière formatrice ça me paraît un petit peu long, donc je me présente en tant qu'infirmière formatrice* ». Cette présentation varie très peu en fonction de l'interlocuteur.

Regard sur les identités visées

L'avenir professionnel de Noémie est envisagé dans la continuité de sa nouvelle fonction de formatrice IFSI, en légitimant cette dernière par l'obtention du diplôme de cadre de santé : « *De devenir... de continuer à pouvoir exercer la fonction de formatrice tout en... ben tout en obtenant mon diplôme de, de cadre. [...] À ce jour, mon objectif c'est d'être formateur et vraiment d'apprendre ce nouveau... ce nouveau métier qui pour moi a encore beaucoup*

d'inconnu, enfin que je découvre tous les jours ». Elle n'exclut pas à plus long terme de s'engager dans la recherche par le biais d'un doctorat ou de s'orienter vers un poste de cadre de proximité : « *Une fois cadrée, en étant formatrice à l'IFSI et si j'en ai les capacités, pourquoi pas. C'est pas quelque chose que j'exclus puisqu'au contraire, pour moi, formateur on est d'autant plus dans la recherche. [...] Il faut saisir les opportunités. Voilà c'est comme les recherches en doctorat pourquoi pas, après si j'ai l'opportunité pourquoi pas. [...] Après si les opportunités s'ouvrent ou s'il me l'était demandé d'aller en service* ».

Regard sur les identités assumées

Noémie évoque un impact positif à son arrivée en IFSI, par rapport à sa vie de famille : « *Mes enfants me disent qu'ils me voient plus en termes de... en termes de, d'horaires... de comment dire... de plages horaires* ». Mais ce changement s'est également accompagné d'une perte de salaire conséquente : « *J'ai perdu en termes de salaire, j'ai perdu à peu près deux-cents euros* ».

Dans la continuité de sa pratique soignante, Noémie se définit comme empathique, équitable, disponible. Nous retrouvons l'empathie dans sa conception des valeurs infirmières, à laquelle elle ajoute le prendre soin, le don de soi et le travail en équipe avec une place centrale pour le patient. Elle attache d'ailleurs une grande importance dans sa pratique à l'organisation, au travail en équipe et au respect entre les personnes. Elle se veut disponible envers les ESI pour élaborer une relation de confiance afin de pouvoir les conseiller, tout en les amenant à devenir autonome : « *Je vais être une formatrice disponible et qui puisse conseiller, et en même temps pouvoir aider les étudiants à, à trouver leur... comment dire... ben petit à petit à... à devenir des professionnels autonomes et donc pouvoir les guider en ce sens* ». Cette confiance permettant une certaine liberté de parole à l'étudiant, favorable à la verbalisation de son ressenti.

À cette posture d'accompagnatrice, Noémie associe des postures d'animatrice et d'agent de changement dans une visée de transmission de savoirs et de valeurs : « *Le fait de transmettre aussi. [...] Je parle autant pour une infirmière en service qu'une infirmière formatrice, mais le... transmettre le... transmettre les savoirs, transmettre... transmettre des valeurs, enfin pour pouvoir... que les futurs étudiants puissent... ben puissent oui devenir des professionnels ayant eux-mêmes des valeurs* ».

Les compétences relationnelles, pédagogiques et relationnelles semblent primordiales à Noémie pour être formatrice IFSI, tout comme les compétences infirmières.

Infirmière faisant-fonction de cadre de santé formatrice, Noémie n'est pour le moment pas titulaire de diplôme légitimant sa place en IFSI.

Regard sur les identités attribuées

Ce statut de faisant-fonction ne semble pas avoir d'incidence sur la reconnaissance professionnelle perçue par Noémie. Celle-ci s'inscrivant dans la continuité d'une reconnaissance professionnelle infirmière : *« J'ai été recrutée en tant que faisant-fonction cadre donc on m'a bien reconnue en tant qu'infirmière qui allait évoluer. [...] Il y a quelques mois, j'étais reconnue en tant qu'infirmière, avec de l'ancienneté euh... donc ça... et à ce jour, je suis reconnue en tant que nouvelle formatrice... [...] Pour moi j'ai pas de souci de reconnaissance... enfin de par mes collègues, par ma direction... »*.

Noémie évoque plus loin dans l'entretien sa perception d'une zone de tension entre les cadres de santé managers et les cadres de santé formateurs : *« En fait depuis trois mois que je suis formatrice à l'école, à l'IFSI, je prends conscience que on a d'un côté les cadres de proximité et de l'autre les formateurs »*. Dans la continuité de son discours, elle relate le fait que dans son entourage professionnel, le diplôme de cadre de santé semble réservé aux cadres de proximité. Pour être formateur, il ne serait pas nécessaire : *« Tout le monde n'avait pas conscience qu'un formateur était cadré déjà. Que certains ils sont simplement formateurs mais cadre de santé c'est juste l'appellation, enfin... c'est le titre que les cadres de proximité ont en service. [...] Dans la tête des gens, ils ont pas forcément cette notion-là, qu'un formateur est cadré, est cadre de santé. [...] Pour eux être formateur c'est pas forcément être cadre de santé puisque le cadre de santé est plus le cadre de terrain »*.

Regard sur le processus d'universitarisation

Reconnaissant peu connaître le sujet, Noémie s'efforce d'y voir des avantages et des inconvénients : *« Ça m'embête de me prononcer sur un sujet que je maîtrise pas trop. Après... après euh... je pense que comme dans toute chose il y a du positif et peut-être du négatif »*.

L'universitarisation de la formation infirmière est perçue comme une ouverture vers la recherche, vers des niveaux de formation peu accessibles jusqu'alors : *« Harmoniser les études infirmières sur les autres études qui existent déjà et qui sont déjà universitarisées c'est une bonne chose. Puisque pour les étudiants ça peut leur amener après à faire de la recherche, passer des masters, des doctorats »*. Ces diplômes universitaires amèneraient une

reconnaissance supplémentaire, mais avec la crainte d'une théorisation trop décontextualisée du soin : « *Ben il faut garder notre spécificité infirmière aussi, même si les études s'universitarisent... et pas faire perdre ce cœur de métier, ça c'est important. Donc c'est pour ça, y a ces deux aspects-là, mais après si on arrive à allier les deux c'est super. Parce que pour les étudiants, c'est surtout ça pour qu'ils puissent continuer après leurs études et être, on parlait de reconnaissance tout à l'heure, être reconnus aussi de par leurs diplômes* ».

Pour Noémie, certains enseignements pourront être réalisés par des personnes n'ayant pas d'expérience infirmière, mais pas ceux relatifs aux sciences infirmières. Le formateur IFSI doit avoir un passé infirmier : « *Alors y a deux aspects. Il va y avoir l'aspect purement théorique des médecins qui vont pouvoir amener des connaissances aux étudiants ou certains professionnels, du social, par exemple pour des choses voilà très précises. Après pour le cœur du métier, je vois mal quelqu'un qui n'est pas infirmier apporter les connaissances, les savoirs, les valeurs aussi de la profession. Enfin pour moi, pour moi le formateur doit rester infirmier, c'est vraiment le cœur euh... enfin on devient formateur après avoir été infirmier. [...] Qui saurait mieux parler de la profession d'infirmier en amenant sa propre expérience qu'un infirmier, qu'une personne lambda ?* ». Elle s'interroge sur la nécessité d'être cadre de santé pour être formateur et se demande s'il ne faudrait pas réserver ce diplôme pour les cadres de proximité et envisager un diplôme universitaire pour être formateur : « *Donc effectivement si, c'est une question à se poser, est-ce qu'il faudrait pas garder l'école des cadres pour vraiment cette spécificité de service ? Je sais pas hein, je me pose la question. Et d'un autre côté passer plus sur des études universitaires pour avoir des diplômes en pédagogie pour... pour le cadre formateur. [...] On peut se poser la question si effectivement euh... le cadre, enfin le formateur, le cadre formateur devrait pas avoir des études plus spécifiques* ».

Enfin Noémie pense que cette universitarisation va l'impacter, ne serait-ce que par l'obligation de s'engager dans un master, ce qui n'était pas le cas auparavant quand uniquement le diplôme de cadre de santé était suffisant.

Synthèse de l'entretien de Noémie

Noémie avait envie initialement d'être enseignante, puis infirmière. Elle a pu concilier ses deux envies en devenant faisant-fonction de cadre de santé formatrice IFSI. Son avenir professionnel s'inscrit dans une dynamique de continuité identitaire dans un projet de préservation de Soi (Kaddouri, 2002) avec la découverte et l'approfondissement de sa nouvelle fonction, en la légitimant par l'obtention du diplôme de cadre de santé. Néo-formatrice depuis trois mois, elle se sent encore pleinement infirmière et se présente comme telle. Noémie conçoit sa pratique de formatrice dans la continuité de sa pratique soignante. Elle adopte principalement une posture d'accompagnatrice (Boissart, 2017) tout en essayant de favoriser l'autonomie des ESI, à laquelle elle associe des postures d'animatrice et d'agent de changement (*Ibid.*) relatives à la transmission des valeurs et des savoirs infirmiers. Elle se sent reconnue professionnellement, tout comme elle l'était auparavant en tant qu'infirmière, tant au niveau du jugement d'utilité (Dejours, 2003) qu'au niveau du jugement de beauté (*Ibid.*). Elle décrit et partage la vision de certains anciens collaborateurs qui perçoivent un titre de cadre de santé obligatoire pour être cadre de proximité, et facultatif pour être formateur. L'universitarisation de la formation infirmière est perçue comme une source de reconnaissance possible par le biais de diplômes universitaires. Mais dans le même temps, Noémie craint que les formateurs IFSI ne soient plus tous issus de la formation initiale infirmière, ce qui pénaliserait la transmission des savoirs spécifiques à l'exercice de la profession infirmière.

2.2.15. Analyse de l'entretien d'Olivia

Olivia est cadre formatrice depuis neuf ans dans un IFSI dépendant d'un CHU. Notre entretien¹⁸, qui s'est déroulé dans un cadre professionnel, a duré 72 minutes. En lien avec notre typologie des formateurs IFSI, Olivia a déclaré avoir eu comme motivation pour devenir formatrice une envie d'évolution professionnelle.

Regard sur les identités héritées

Olivia est âgée de 42 ans au moment de notre entretien. Elle est mariée avec un aide-soignant et a deux filles. Nous ne retrouvons aucun héritage familial avec le milieu de la santé.

¹⁸ Cf. annexe 16

En revanche son père était instituteur. Intéressée par la biologie et les métiers de l'humain, Olivia s'est dirigée vers une faculté de médecine en 1995 après l'obtention de son baccalauréat scientifique : « *Je me destinais parce que j'ai fait la fac de médecine, enfin je voulais travailler en contact avec l'humain. [...] Et déjà sur mon parcours on va dire, première, terminale, tout ce qui touchait au corps humain, à la médecine, au travers de mes études de sciences, m'intéressait tout particulièrement* ». N'entrant pas dans le *numerus clausus* malgré une moyenne générale supérieure à 10/20, Olivia s'orienta ensuite vers un DEUG de biologie, biochimie qu'elle validera en 1998. Durant cette année d'études, elle s'inscrira au concours infirmier qu'elle obtiendra. Elle hésitera entre professeur de biologie et infirmière, mais son envie de travailler avec l'humain, la fera choisir la profession infirmière : « *Une fois dans le cursus universitaire, les deux voies qui s'offraient à moi en fait étaient éventuellement... enfin j'avais pensé à prof de biologie hein, mais il y avait cet aspect par rapport à la santé, à la relation avec les autres dans le cadre du, du prendre soin que je ne trouvais pas, ce qui m'a décidée à passer le concours d'infirmières et d'abandonner la deuxième voie à laquelle j'avais pensé, même si il m'aurait pas forcément déplu parce qu'il y avait des côtés communs. Mais y avait pas le prendre soin dans l'histoire et c'est ça qui a motivé que je me tourne vers la deuxième solution* ».

Diplômée infirmière en 2001, Olivia va exercer en tant qu'infirmière jusqu'en 2010 « *dans des services d'accompagnement, EHPAD et SSR, auprès plutôt des personnes âgées* ».

Pour expliquer son arrivée en IFSI en 2010, Olivia met en avant une envie d'évolution professionnelle consécutive à une « *impression d'avoir fait un peu le tour* ». Plusieurs facteurs ont contribué au passage à l'acte d'Olivia pour devenir faisant-fonction de cadre de santé formatrice en IFSI : son établissement recherchait des formateurs, elle appréciait encadrer des étudiants en stage, sans oublier son attrait pour l'enseignement lors de ses études universitaires de biologie, biochimie. Son hésitation lors de ce changement s'explique par le fait de quitter un certain confort professionnel pour évoluer certes, mais avec une part d'incertitude : « *J'en éprouvais le besoin, donc ça m'a motivée pour y aller. Après j'avais certaines appréhensions parce que forcément... me tourner vers la formation, ça voulait dire projet cadre, ça veut dire évolution. [...] Mais je l'ai plus vécu comme, ben voilà si tu veux évoluer, si tu veux changer, il faut te donner les moyens et changement n'est pas facile, donc vas-y et puis...* ».

Arrivée en IFSI en tant que faisant-fonction de cadre de santé, Olivia s'engagera dans la formation de cadre de santé en 2012. Diplômée cadre de santé en 2013, elle obtiendra également lors de cette formation en IFCS un master en management.

Regard sur l'identité investie dans le présent

Olivia se sent encore partiellement infirmière, notamment quand elle va effectuer des suivis de stage où sa vision infirmière du travail est encore présente, tout en se couplant à la vision de cadre de santé : « *Alors je me sens encore infirmière par le regard que je porte euh... quand je vais en suivi de stage sur les situations de soins euh... je pense avoir le regard quand même infirmier, mais j'ai pris du recul, j'ai aussi la formation cadre, donc j'ai aussi un regard euh... de cadre, je pense* ». Cependant au niveau des actes infirmiers, la perception est moindre : « *Alors infirmière pour réaliser réellement des soins auprès du patient, de moins en moins. [...] Mais y a quand même un recul par rapport à ça, parce que c'est plus mon quotidien* ».

Olivia module sa présentation professionnelle en fonction de l'interlocuteur. Si celui-ci connaît le milieu paramédical, elle se présente comme « *formateur IFSI* », avec ce que cela sous-entend : « *Bon ben ça implique à la personne en face de lui que formation, filière infirmière, cadre de santé* ». Avec les étudiants, le passé infirmier est mis en avant : « *Par rapport aux étudiants, ben la majeure partie, ben les « première année », je me présente comme je me suis présentée au début, en récapitulant mon parcours, en insistant sur le fait que je suis infirmière* ». Avec les personnes non initiées au milieu de la santé, là encore le passé infirmier est mis en évidence : « *Je dis que je suis infirmière... euh je me présente en tant qu'infirmière qui est maintenant... qui n'est plus auprès du patient mais qui maintenant forme les étudiants* ».

Regard sur les identités visées

Olivia se sent bien dans son activité actuelle de formatrice et elle n'envisage pas de changer pour le moment : « *Alors pour l'instant, je me sens bien. [...] et pour l'instant, j'envisage pas forcément de, de, de changer. Enfin en tout cas, rester dans la formation* ». En lien avec l'universitarisation des formations paramédicales, elle n'exclut pas à long terme de s'engager dans un doctorat. Mais les conditions matérielles et familiales ne sont pas réunies pour le moment : « *Donc c'est vrai que m'investir dans un travail de recherche aujourd'hui en*

ayant un pied dans mon activité professionnelle et puis à côté, je m'y projette pas trop, pour l'instant en tout cas. Mais je pense que c'est quelque chose, un peu comme j'avais eu l'envie d'évoluer à un moment donné dans ma carrière, je pense que pour autant... je dis pas que je l'aurai pas un jour ».

Regard sur les identités assumées

Son arrivée en IFSI a eu deux conséquences sur la vie personnelle de Noémie. D'abord au niveau des horaires, l'impact a été positif : *« Alors en étant très factuelle déjà par rapport au changement de rythme. Ça c'est inévitable parce qu'entre des horaires de rythme un plutôt bureau, même si on a une amplitude horaire très large, enfin c'est pas neuf, dix-sept tous les jours mais c'est de semaine sans weekend, donc forcément l'organisation personnelle et familiale... ben on change un petit peu tout. Dans ce sens-là c'est plutôt plus facile on va dire puisqu'on est moins dans des horaires décalés ».* Par contre, l'impact a été plus négatif au niveau du travail à fournir à domicile : *« Et puis ça a impacté aussi sur le fait que c'est pas le même type de travail et tout ce qui est corrections, recherches par rapport aux cours, etc., ça arrive plus facilement de déborder sur son temps personnel et son travail à la maison que quand tu es infirmière, une fois que t'es sortie du service, même si ça t'empêche pas d'y penser, mais tu fais plus d'action par rapport à ton temps de, de service ».*

En établissant un parallèle avec les cadres de proximité, Olivia se définit comme *« accompagnant au développement des compétences »*. Elle se situe davantage au niveau de l'acquisition des compétences que du maintien ou du développement comme les cadres managers : *« Comme on est en formation initiale, on est vraiment sur de l'acquisition et de les accompagner sur tout le temps de la professionnalisation [...] Donc c'est vraiment les accompagner pour moi sur la durée de la formation pour qu'ils soient... ben à l'aise en tant que jeunes professionnels. Et après ils continuent à évoluer mais c'est plus moi qui les accompagne ».*

Quand nous abordons ses valeurs professionnelles actuelles, Olivia fait d'emblée référence aux valeurs infirmières : *« Ben c'est, c'est les valeurs de la profession infirmière qui m'ont, qui m'ont toujours animée »*. Elle voit sa mission d'accompagnement également au niveau de l'acquisition et du développement de ces valeurs avec une posture d'agent de changement : *« Mais par contre c'est plus, et c'est pour ça aussi dans l'accompagnement, de plus les faire naître et les rendre prégnantes chez eux pour qu'avec toutes les connaissances qu'on leur amène aussi également, ils deviennent des professionnels compétents.*

La construction des compétences avec les valeurs que je suis sensée partager avec eux ». Nous retrouvons cet accompagnement comme un fil rouge dans la carrière professionnelle d'Olivia à travers la définition qu'elle donne des valeurs infirmières et en faisant le lien avec son parcours professionnel infirmier : « *Alors pour moi les valeurs infirmières c'est euh... c'est... c'est considérer l'autre comme un être humain à part entière dans, dans une situation compliquée et l'accompagner. [...] Donc c'est vraiment être l'accompagnant et c'est sans doute pour ça que je suis restée sur des secteurs comme ça* ». Pour favoriser cet accompagnement des ESI, elle se veut abordable tout en veillant à la présence d'un respect réciproque.

Olivia fait à nouveau référence aux cadres de proximité quand nous évoquons les compétences primordiales selon elle pour être formateur en IFSI. Après avoir cité les compétences relationnelles, elle parle des « *compétences managériales pédagogiques* » en lien avec les entretiens de suivis pédagogiques qu'elle compare aux entretiens d'évaluation des managers avec toujours cette différence entre l'acquisition d'un côté et le maintien et le développement des compétences de l'autre : « *Quand je réalise mes suivis pédagogiques euh... je trouve qu'il y a un parallèle avec les entretiens, même si je ne les ai jamais faits moi-même mais pour les avoir vécus, les entretiens individuels d'évaluation où on fait le point sur la situation de l'agent. Y a un peu de ça dans... enfin c'est un... enfin c'est un accompagnement managérial en quelque sorte. On se situe pas en tant que manager d'une équipe mais y a des points communs. En tout cas, moi en ayant fait la formation des cadres et être revenue à l'IFSI, j'y ai vu des parallèles sur... ben faire le point sur les compétences, voir quelles compétences sont à mettre en objectifs prioritaires, là on est dans la construction, mais dans un service c'est sur le renforcement ou l'approfondissement* ». Olivia pense les compétences infirmières nécessaires et obligatoires pour être formateur IFSI quand celui-ci aborde des enseignements sous forme de TP ou en partant de situations de soins : « *Pour être sur des enseignements de 4.4, je me verrais, pour le coup, je me verrais pas être en salle de TP sans avoir moi-même préparé ou réalisé certains soins. [...] Et après les situations de soins également, parce que l'expérience qu'on a pu avoir en tant qu'infirmier par rapport aux situations vécues par les patients... c'est vrai qu'il y en a des similaires, qu'elles sont... mais ne pas avoir... enfin je me verrais pas euh... en discuter avec un étudiant sans avoir moi-même été confrontée à... ce serait je pense trop théorique, pour le coup on serait vraiment sur la phase livresque du mémoire* ».

Arrivée en IFSI en tant que faisant-fonction, Olivia est maintenant cadre de santé et titulaire d'un master en sciences de gestion.

Regard sur les identités attribuées

Au niveau de la reconnaissance professionnelle, celle-ci est présente chez les étudiants pour Olivia, même si elle est évolutive en fonction de l'évolution des ESI dans le cursus de formation : « *Je pense que les étudiants euh... du moins au début du cursus, ils ont aucune difficulté à reconnaître et à respecter entre guillemets le statut de formateur par rapport à eux. Hein au niveau des étudiants par rapport à nous, je pense que oui et même ça se transforme et on est plus de pair à pair et c'est voulu finalement en fin de cursus* ».

Au niveau de ses collègues formateurs, Olivia se sent également reconnue : « *On se considère les uns, les autres comme étant un maillon de la chaîne et un formateur qui réalise les enseignements qui sont nécessaires à un moment à la formation. [...] J'ai, j'ai ma place entre guillemets d'ancienne, pas trop ancienne non plus* ».

La reconnaissance perçue est plus diffuse avec les formateurs de terrain : « *Dans la plupart des cas oui* ». Cela est également le cas avec les intervenants extérieurs : « *Ça dépend des intervenants qui interviennent, c'est toujours pareil* ».

Elle devient incertaine avec la hiérarchie directe : « *Je me sens reconnue dans le sens où quand ça me concerne etc., on sait me solliciter. Euh... après la reconnaissance c'est compliqué, c'est comme l'étudiant qui dit : on me donne que les axes d'amélioration, on me dit jamais ce que je fais bien. Je pense que c'est un peu la même chose ici* ».

Au niveau de l'institution hospitalière au sens large, Olivia perçoit une différence de reconnaissance professionnelle entre les cadres de proximité et les cadres de santé formateurs : « *J'ai moins de lien avec euh... comment je dirais... je pense qu'on n'a pas le même lien que les cadres de santé de terrain avec la direction des établissements parce que les... les enjeux et les dossiers qu'on a à traiter en fait, ont pas la même temporalité. [...] J'ai pas de contact avec la direction des soins comme mes collègues cadres de santé peuvent en avoir de façon si proche. Je suis pas sûre que mon nom et mon visage soient associés directement et aussitôt par la direction des soins* ».

La perception de son activité professionnelle est floue pour ses proches selon Olivia : « *Pour mes enfants, je suis maîtresse ! Parce que j'ai beau leur expliquer, oui bon t'es maîtresse quoi ! [...] Après le regard que peut avoir la société, ben... mon avis, c'est pas très clair pour les gens qui sont pas, qui font pas partie du monde de la santé. À l'image de mes filles quoi, est-ce que je suis enseignante ou est-ce que je suis infirmière ? Ou surveillante comme on les appelait ou comme on entend encore parfois ? Pour eux, c'est une nébuleuse. [...] Ça reste assez flou dans ce que je fais quotidiennement, en tout cas. Ou ce qui leur*

apparaît le plus, c'est plus le rôle d'enseignant puisque je forme donc euh... voilà. [...] Mais au... quotidiennement non ils voient pas... ils voient pas réellement ce que je fais ».

Enfin, Olivia perçoit une évolution de la perception des autres sur son activité professionnelle depuis qu'elle est devenue formatrice : *« Voilà je suis rentrée dans la catégorie un petit peu « bureau sédentaire » alors qu'avant j'étais plutôt « active », enfin... je pense que c'est plus ça le changement de regard ».*

Regard sur le processus d'universitarisation

Olivia a une vision plutôt positive de l'universitarisation de la formation infirmière. D'une part, elle trouve que le rapprochement s'opère notamment avec la formalisation des maquettes d'UE par les GCS, favorisé par la proximité de son IFSI avec l'Université : *« Je trouve que le rapprochement, on fait du chemin, quand même. Euh... les maquettes qui ont été réfléchies sur tout ce qui est scientifique etc., c'est quand même les jalons de, de l'uniformisation des enseignements et d'un référentiel qui s'adosse aux parcours universitaires existants. Cela y a pas, y a pas de souci. Alors nous on a la proximité aussi de médecine, que peut-être d'autres IFSI n'ont pas ».* Mais d'autre part, elle a le sentiment que la formation infirmière reste encore à la marge de l'Université, délivrant un grade licence et non une licence par manque, selon elle, d'une filière infirmière universitaire : *« Par contre... j'ai l'impression que ce qui est compliqué, c'est de réellement faire naître une filière infirmière dans le cadre de l'Université, quelque chose de vraiment existant, en tant que tel au sein du parcours universitaire. On a toujours l'impression quand même d'être sur un chemin parallèle, même s'il y a des passerelles, on... reste... ouais c'est un grade licence, pas une licence. [...] Mais voilà une filière sciences infirmières entre guillemets qu'on aurait pu attendre au début des débats avec les accords de Bologne et tout ça, elle est toujours pas là quoi. [...] Nous je trouve qu'on reste toujours parallèle ».*

La crainte majeure d'Olivia, quant à l'universitarisation, serait d'augmenter l'écart entre l'aspect théorique en institut et la pratique lors des stages : *« Ben j'ai une crainte, c'est ce que j'ai plus ou moins dit tout à l'heure, c'est que du coup euh... l'écart entre le discours de l'IFSI, puisqu'on amène ce qui devrait être fait hein, par rapport à l'écart du terrain, ce qui est fait dans les conditions réelles, ce soit encore plus prégnant ».* Pour éviter cela, la présence de formateurs avec un passé infirmier lui paraît être absolument nécessaire : *« Et c'est ça que le fait qu'on soit de filière infirmière apporte à la formation. Même si on dit qu'il y a toujours des écarts entre l'IFSI et le terrain, mais je pense que si on n'était pas... si on n'avait pas été*

infirmier à un moment, ce serait encore plus... ce serait encore plus... l'écart serait encore plus important ». En revanche être cadre de santé pour être formateur lui semble moins obligatoire : « Être infirmière ça me semble essentiel, être cadre euh... pas... avoir du recul par rapport à sa profession oui, être cadre spécifiquement peut-être pas. Enfin c'est une étape, mais ça pourrait être remplacé par d'autres cursus, je pense ».

Olivia pense être impactée par l'universitarisation en étant obligée de devenir titulaire d'un doctorat pour enseigner à l'Université : « *Ben si on se rapproche vraiment comme c'est engagé sur la filière euh... licence, master, doctorat... aujourd'hui le niveau master est demandé logiquement pour former les étudiants puisqu'eux prétendent à un grade licence euh... donc ça c'est clair mais après si on est rattaché réellement à l'Université, aujourd'hui les enseignements de l'Université ne sont pas réalisés par des gens qui ont des masters mais par des gens qui ont des doctorats ». Dans le cas contraire, elle craint que les formateurs titulaires d'un master soient cantonnés à un rôle d'animateur de TD : « *Ou alors est-ce que en... ils vont nous proposer de rester euh... faire les TD, les gens qui ont un master actuellement, ils peuvent avoir des missions à l'Université mais sous forme de TD. À ce moment-là avoir ce poste-là avec mon master... ».**

Synthèse de l'entretien d'Olivia

Olivia a toujours été attirée par les métiers de l'humain, dans l'enseignement ou dans le soin. L'identité visée (Dubar, 2010) est en continuité avec l'identité investie dans le présent (Gravé, 2002) de formatrice, indiquant une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002). Elle se sent encore partiellement infirmière et se présente encore parfois comme telle, notamment avec les étudiants ou les personnes extérieures au milieu de la santé. Olivia se décrit dans une posture d'accompagnatrice (Boissart, 2017) vis-à-vis des étudiants, faisant le lien avec cette même posture adoptée avec les patients quand elle était infirmière en service. Souhaitant également inculquer les valeurs professionnelles infirmières aux ESI, elle se situe également dans une posture d'agent de changement (*Ibid.*). Elle compare également beaucoup sa pratique à celle des cadres de proximité, en y trouvant beaucoup de similitudes. Elle perçoit les compétences relationnelles, managériales et pédagogiques comme primordiales pour être formateur IFSI, tout comme les compétences infirmières pour certains enseignements en lien avec la pratique de terrain. Elle se sent globalement reconnue par ses collaborateurs professionnels, notant toutefois une différence à ce niveau par son institution hospitalière entre les cadres de santé managers et les formateurs. Le jugement d'utilité (Dejours, 2003) est incertain par rapport aux supérieurs hiérarchiques, tandis que le jugement de beauté (*Ibid.*) est perçu positivement. Elle note cependant une perception floue de son activité professionnelle chez ses proches et la société en général. L'universitarisation de la formation est perçue plutôt positivement, tout en appréhendant comme conséquence de celle-ci une hausse de l'écart entre théorie et pratique. Pour pallier, des formateurs avec un passé infirmier lui semblent obligatoires, mais sans être nécessairement titulaires du diplôme de CDS. Enfin elle craint que les formateurs IFSI actuels titulaires d'un master soient cantonnés à un rôle d'animateur de TD, à moins de s'engager dans un doctorat.

2.3. Analyse thématique horizontale

Après avoir étudié chaque entretien individuellement, nous allons maintenant aborder l'analyse thématique de ce corpus de quinze discours. Cette dernière « défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens » (Blanchet & Gotman, 2010, p. 96). Cette analyse

thématique consiste donc « à passer en revue les "thèmes" abordés par chaque sujet séparément pour en faire la synthèse » (*Ibid.*). Avec la réserve nécessaire due à un échantillon de quinze personnes et en faisant du lien avec l'enquête quantitative précédente, nous nous pencherons dans un premier temps sur les processus biographiques des formateurs IFSI interrogés, puis nous examinerons leurs processus relationnels avant de nous intéresser à leurs perceptions du processus d'universitarisation des formations paramédicales. Ce faisant, nous répondrons aux hypothèses de notre travail relatives à ces différents processus. Enfin nous effectuerons une synthèse de ces éléments en les mettant en lien entre eux avec l'objectif de répondre à notre question principale : quel est l'impact du processus d'universitarisation des formations paramédicales sur les dynamiques identitaires des formateurs IFSI ?

2.3.1. Regard sur les processus biographiques des formateurs IFSI

2.3.1.1. Les identités héritées dans les discours des formateurs IFSI

La moyenne d'âge des répondants est d'un peu plus de 46 ans (49 ans pour le corpus issu du questionnaire). Treize femmes ont été interviewées pour deux hommes (82,9 % de la population des répondants aux questionnaires était féminine). Treize personnes sur quinze sont mariées ou vivent en concubinage (80,8 % dans l'enquête précédente). Contrairement à l'enquête quantitative, nous ne retrouvons pas ici d'héritage professionnel familial au niveau des ascendants directs.

Onze personnes sur quinze sont titulaires d'un bac général (contre 74,7 % précédemment), trois personnes d'un bac technologique (13,5 % dans l'enquête précédente) et une personne n'a pas le bac et a accédé à la formation infirmière par des études promotionnelles (elle était aide-soignante). Il est à noter que cette dernière personne est engagée dans un doctorat.

Au niveau du parcours professionnel antérieur à l'arrivée en formation, nous ne relevons pas de corrélation avec l'enquête par questionnaire : sept formateurs sur quinze ont exercé comme infirmiers en services de médecine ou de chirurgie (65,7 % dans l'enquête quantitative), quatre en services des réanimation ou d'urgence (46,7 % précédemment), trois en pédiatrie (13,3 % précédemment), deux en EHPAD (18,3 % précédemment), deux au bloc opératoire (3,7 % précédemment) et un en psychiatrie (20 % précédemment). Onze

formateurs sur quinze ont une expérience d'encadrement d'équipe paramédicale (68,6 % dans l'enquête antérieure).

Lors de leur arrivée en IFSI, cinq personnes sur quinze présentaient un statut de faisant-fonction de cadre de santé (34 % lors de l'enquête par questionnaire). Au moment des entretiens, tous les formateurs interrogés sont titulaires d'un diplôme de CDS, exceptées Flore et Noémie (4 % des répondants dans ce cas dans l'enquête par questionnaire). Huit formateurs sur quinze (56,9 % pour les formateurs ayant répondu au questionnaire) ne possèdent pas de master et nous remarquons une forte corrélation avec le lieu d'exercice : les cinq personnes dont l'IFSI dépend d'un CH n'ont pas de master alors que sept formateurs sur dix exerçant dans un CHU en sont titulaires. L'ancienneté dans la formation infirmière est de cinq ans en moyenne, pour une dizaine d'années pour les formateurs ayant répondu au questionnaire.

Les deux populations interrogées dans l'enquête quantitative (300 formateurs IFSI) puis dans l'enquête qualitative (quinze formateurs IFSI) ont été qualifiées d'échantillons de convenance. Cependant, et bien que ces deux enquêtes ne soient pas représentatives de la population globale des formateurs IFSI, nous relevons beaucoup de similitudes au niveau des identités héritées des deux corpus qui en sont issus aux niveaux de l'âge, du genre, de la situation maritale, des parcours scolaires, du statut de faisant-fonction à l'arrivée en IFSI, du fait d'être titulaire d'un diplôme de CDS ou d'un master ou encore d'une expérience managériale antérieure.

2.3.1.2. Les identités investies dans le présent dans les discours des formateurs IFSI

Ici les résultats issus d'un échantillon de convenance, non représentatif, sont moins uniformes que ceux de l'enquête quantitative où 79,7 % des 300 formateurs IFSI interrogés se présentaient ou se définissaient comme infirmiers.

Sept formateurs IFSI (Emmanuelle, Flore, Géraldine, Huguette, Karen, Louis et Noémie) déclarent se sentir encore infirmiers et s'inscrivent donc dans la continuité de leur identité héritée infirmière. Si la courte durée dans la fonction de formateur et leur situation de transition professionnelle peuvent avoir une incidence dans les cas de Flore (une expérience d'une année interrompue depuis peu), de Noémie (seulement trois mois) et à un degré moindre

pour Géraldine (deux ans avec un retour récent de formation de CDS), cela n'est pas valable pour les quatre autres personnes. En effet ces dernières présentent une expérience dans la formation infirmière initiale de quatre ans pour Emmanuelle (à laquelle nous pouvons inclure plus de dix ans en tant que formatrice dans une spécialisation infirmière), de quatre ans pour Huguette, de quatre ans pour Karen et de cinq ans pour Louis. Dans leur présentation professionnelle, six personnes sur les sept font référence à leur passé infirmier en se présentant comme « *puéricultrice cadre de santé pédagogique* » pour Emmanuelle, comme « *infirmière formatrice* » pour Flore, comme « *cadre de santé formateur* » en faisant le lien avec son expérience infirmière antérieure pour Huguette, comme « *infirmière IBODE* » pour Karen ou comme « *infirmière formatrice* » pour Noémie. Pour Louis, cela est moins évident avec une référence moins directe à son passé infirmier dans sa présentation comme « *cadre de santé formateur à l'IFSI* ». Enfin seule Géraldine, dans ce groupe où l'identité héritée infirmière est fortement présente dans les discours, se présente professionnellement comme « *cadre de santé formatrice* » sans faire référence à celle-ci.

Six autres formateurs déclarent ne plus se sentir infirmiers et ne plus se présenter comme tels, s'inscrivant ainsi dans une rupture avec leurs identités héritées. Dans ce cas, nous retrouvons Bertrand, Christine, Dorothée, Irène, Janine et Marie qui se présentent professionnellement comme cadres en ajoutant selon les personnes « *de santé* » ou/et « *formateur/formatrice* ». L'ancienneté dans la fonction de formateur ne semble pas avoir d'incidence majeure (deux ans et demi pour Bertrand, dix ans pour Christine, six ans pour Dorothée, dix-neuf ans pour Irène, moins d'un an pour Janine et un an et demi pour Marie). L'âge ne semble pas non plus être un facteur déterminant : ce groupe présente une moyenne d'âge de 44,7 ans pour 51 ans pour le précédent. Il faut cependant noter que, contrairement aux formateurs IFSI qui présentent une identité héritée infirmière forte dans leurs discours, les formateurs de ce groupe sont tous cadres de santé avec une expérience managériale d'équipe paramédicale.

Enfin les discours de deux formatrices IFSI interrogées (Aurore et Olivia) révèlent une identité héritée infirmière que nous qualifions de partielle dans leur identité investie dans le présent. En effet, elles se montrent toutes deux ambivalentes dans leurs discours quant au fait de se sentir encore ou non infirmière actuellement. La présentation professionnelle d'Aurore est variable en fonction de l'interlocuteur, mais fait toujours référence à son passé infirmier, en mentionnant notamment sa spécialisation de puéricultrice. Quant à Olivia, elle module également sa présentation professionnelle, en faisant référence à son passé infirmier de manière plus ou moins explicite en fonction de la connaissance du milieu paramédical de son interlocuteur.

2.3.1.3. Les identités visées dans les discours des formateurs IFSI

Dans l'enquête précédente par questionnaire, 53,4 % des répondants déclaraient des perspectives d'évolution professionnelle. Mais cette donnée est restée peu exploitée, car si la moitié des formateurs IFSI interrogés a énoncé des perspectives d'évolution professionnelle, un questionnaire ne permet pas d'accéder aux logiques internes des individus, à leurs projets de Soi pour soi. Ainsi il restait difficile de percevoir avec précision si cette évolution traduisait une rupture ou une continuité avec l'identité héritée d'infirmière.

Parmi les formateurs IFSI interrogés, neuf (Aurore, Bertrand, Christine, Géraldine, Irène, Janine, Marie, Noémie et Olivia) évoquent des identités visées dans la continuité de leur identité actuelle de formateur IFSI. Bertrand, Christine, Irène, Janine, Marie et Olivia présentent une dynamique de continuité identitaire avec une identité investie dans le présent qui ne leur paraît pas menacée et donc un projet d'entretien de Soi. L'arrivée récente en IFSI de Noémie, avec un statut précaire de faisant-fonction, fait que son identité investie dans le présent n'est pas acquise et se trouve donc menacée. Elle présente donc une dynamique de continuité identitaire, mais avec un projet de préservation de Soi. Nouvellement diplômée cadre de santé, Aurore envisage son avenir professionnel dans la formation paramédicale, mais pas nécessairement en IFSI. En effet, en lien avec sa spécialisation de puéricultrice, elle ambitionne de devenir formatrice en école de puéricultrices ou, à plus long terme, enseignante-chercheuse. Sa dynamique identitaire se situe donc entre la gestation identitaire avec un projet de confirmation de Soi consécutif à son retour de formation en IFCS et la transformation identitaire endogène, ce qui la conduirait à devenir formatrice en école de puéricultrices à court terme ou enseignante-chercheuse à plus long terme. Également nouvellement diplômée cadre de santé, Géraldine s'inscrit dans une dynamique de gestation identitaire avec un projet de confirmation de Soi et une identité visée à court terme qui s'inscrit dans la continuité, alors qu'à moyen et long terme le projet professionnel reste flou et multiple, mais semble conduire à une dynamique de transformation identitaire.

Les six autres formateurs IFSI interrogés présentent dans leurs discours des identités visées en rupture avec leur identité investie dans le présent de formateur IFSI, et des dynamiques de transformation identitaire le plus souvent exogènes. Ainsi Dorothée a pour identité visée un poste de Direction en EHPAD ou en institut médico-social. Huguette souhaite redevenir cadre de proximité avant sa retraite prochaine. Karen va probablement devenir la responsable hygiéniste de son établissement hospitalier. Après une première expérience peu concluante, Louis envisage de redécouvrir la fonction de cadre de proximité pour accéder à

terme à un poste de cadre supérieur de santé. Flore a choisi de quitter son activité de formatrice IFSI pour redevenir infirmière dans un premier temps, afin de se diriger par la suite vers la spécialisation IADE. Ayant vécu son arrivée en IFSI comme une sanction après avoir été formatrice dans une école de spécialisation infirmière, Emmanuelle a présenté une dynamique de gestation identitaire avec un projet de reconstruction de Soi qui a évolué vers une dynamique de transformation identitaire endogène (poste de Direction dans une structure de formation ou formatrice en sophrologie) ou exogène (exercice de la sophrologie en activité libérale).

2.3.2. Regard sur les processus relationnels des formateurs IFSI

2.3.2.1. Les identités assumées dans les discours des formateurs IFSI

Tout d'abord, nous remarquons que parmi les onze formateurs IFSI interrogés possédant une expérience managériale, neuf déclarent une baisse de la charge mentale consécutive à leur arrivée en IFSI.

Au niveau des compétences perçues pour être formateur IFSI, l'enquête quantitative avait mis en avant les compétences communicationnelles (déclarées très importantes par 90,2 % des répondants et importantes par 9,8 %) et les compétences d'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation (déclarées très importantes par 88,9 % des répondants et importantes par 10,8 %), suivies des compétences managériales (déclarées très importantes par 63,3 % des répondants et importantes par 36 %) et des compétences d'enseignement (déclarées très importantes par 62,2 % des répondants et importantes par 36,5 %) et des compétences en ingénierie de formation (déclarées très importantes par 52,9 % des répondants et importantes par 44,1 %). Puis nous trouvons les compétences dans le domaine de la recherche (déclarées très importantes par 28,7 % des répondants et importantes par 62,1 %) et les compétences dans la participation à la démarche qualité de la formation (déclarées très importantes par 28,4 % des répondants et importantes par 64,4 %). Enfin les réponses pour les compétences infirmières étaient plus mitigées : 43,1 % des répondants les ont qualifiées de très importantes pour un formateur IFSI, tandis que 46,1 % les ont qualifiées d'importantes.

Nous retrouvons des résultats concordants au niveau de l'enquête qualitative. Les compétences relationnelles et communicationnelles sont citées par tous les formateurs interviewés sauf Emmanuelle et Janine. Les compétences d'accompagnement sont peu évoquées explicitement (uniquement par Aurore et Janine), mais nous les percevons dans la posture d'accompagnateur que nous avons perçue chez chaque formateur interrogé. Les compétences managériales (organisation, anticipation, adaptation...) sont citées par neuf personnes (Aurore, Bertrand, Dorothée, Emmanuelle, Flore, Géraldine, Huguette, Louis et Olivia) sans lien d'ailleurs avec une expérience managériale antérieure. Les compétences d'enseignement ne sont pas présentes dans les discours, mais cinq personnes (Géraldine, Louis, Marie, Noémie et Olivia) les évoquent sous le terme de compétence pédagogique. Les compétences d'ingénierie pédagogique sont présentes dans trois discours (Aurore, Dorothée et Janine). Les compétences dans le domaine de la recherche et les compétences dans la participation à la démarche qualité de la formation ne sont pas citées. Quant aux compétences infirmières, elles sont énoncées par six formateurs IFSI (Flore, Géraldine, Huguette, Karen, Louis et Noémie) sur les sept qui déclarent se sentir encore infirmiers et inscrivent donc fortement leur identité investie dans le présent dans la continuité de leur identité héritée infirmière. Les deux formatrices IFSI (Aurore et Olivia) se montrent plus ambivalentes et pensent que les compétences infirmières ne sont nécessaires que dans l'enseignement des UE dites « cœur de métier ».

La question des postures professionnelles n'était pas directement abordée dans l'enquête quantitative. À travers l'analyse lexicométrique, nous avons remarqué que la posture de médiateur, qui correspond à la perspective de développement cognitif et qui devrait être centrale dans la formation infirmière actuelle (Boissart, 2017), n'apparaît pas dans le discours commun des formateurs interrogés. Ces derniers semblent privilégier les postures d'accompagnateur et d'agent de changement.

L'analyse thématique confirme ce résultat issu de l'analyse lexicale. En effet, nous ne retrouvons une posture de médiatrice que dans les discours de trois formatrices (Dorothée, Emmanuelle et Huguette). La posture d'accompagnateur du formateur IFSI, qui correspond à la classe 1 principale issue de l'analyse lexicale, est présente dans tous les discours sauf celui de Louis. Elle permet à l'étudiant de travailler sur sa confiance en soi et est indispensable dans toute formation. La posture d'agent de changement, se référant à la classe 4 issue de l'analyse lexicale, est présente dans douze discours (Aurore, Bertrand, Christine, Géraldine, Huguette, Irène, Janine, Karen, Louis, Marie, Noémie et Olivia). La posture d'animateur, bien que

relevant d'une approche comportementale, est revendiquée par sept formateurs interrogés (Géraldine, Huguette, Irène, Janine, Karen, Louis et Noémie). Enfin la posture de modèle, qui correspond davantage à une conception antérieure de la formation infirmière, apparaît dans le discours de cinq formateurs (Géraldine, Huguette, Janine, Louis et Marie). Nous remarquons que les formateurs IFSI qui présentent ici des postures d'animateur ou/et de modèle exercent davantage dans des IFSI dépendants de CH, et non de CHU.

2.3.2.2. Les identités attribuées dans les discours des formateurs IFSI

Nous allons examiner la question de la perception de la reconnaissance professionnelle au niveau de l'individu et au niveau du groupe professionnel. L'enquête quantitative s'est exclusivement intéressée au niveau individuel. Elle a révélé une reconnaissance incertaine, avec une image perçue par les formateurs IFSI de leurs différents collaborateurs sur leur activité professionnelle moins positive, dès lors que ces collaborateurs exercent à l'extérieur de leur institut de formation. Si le jugement d'utilité (Dejours, 2003) des subordonnés (ici les étudiants) et des supérieurs hiérarchiques semble positif vis-à-vis des indicateurs posés (image perçue de l'activité professionnelle et relations à autrui), cela semble moins évident pour le jugement de beauté (*Ibid.*), notamment en ce qui concerne les cadres de santé managers.

Globalement, les formateurs interrogés par entretien disent se sentir reconnus professionnellement par leurs collaborateurs. Au niveau des ESI, la reconnaissance perçue est positive avec onze formateurs qui déclarent se sentir reconnus par les ESI, alors que quatre formatrices (Christine, Emmanuelle, Marie et Noémie) sont indécises à ce sujet. Neuf formateurs IFSI perçoivent la reconnaissance professionnelle de leur Direction proche, deux personnes (Christine et Olivia) ne savent pas et quatre autres (Dorothee, Géraldine, Huguette et Marie) ne se sentent pas reconnues à ce niveau. Le jugement d'utilité (*Ibid.*) des formateurs interviewés est globalement positif. Nous ne retrouvons pas de lien de significativité ici avec les identités héritées, présentes, visées ou assumées.

Concernant le jugement de beauté (*Ibid.*), neuf formateurs interrogés le perçoivent positivement chez leurs collègues formateurs. Pour Géraldine et Huguette, cette perception est variable selon les collègues formateurs. Christine, Emmanuelle et Marie ne se prononcent

pas, tandis que Dorothée ne se sent pas reconnue par ses collègues formateurs de façon générale. Chez les collaborateurs extérieurs à l'IFSI, en particulier les cadres de santé de proximité, la reconnaissance professionnelle apparaît dans les discours de neuf formateurs IFSI. Elle est variable ou indécise dans les discours d'Emmanuelle, de Flore, de Géraldine, de Noémie et d'Olivia et non perçue dans celui d'Aurore. Nous ne retrouvons pas ici une reconnaissance moindre hors des murs du lieu d'exercice. Dans la lignée des résultats de l'enquête quantitative, le jugement de beauté (*Ibid.*), tout en étant à un niveau moindre que le jugement d'utilité (*Ibid.*), reste néanmoins globalement positif. Il apparaît que les formateurs se sentant les moins reconnus par leurs collaborateurs extérieurs à l'IFSI sont parmi ceux qui déclarent une forte identité héritée infirmière dans leur identité investie dans le présent (Emmanuelle, Flore, Géraldine, Noémie et à un degré moindre Aurore et Olivia).

Cependant seulement quatre formateurs (Irène, Janine, Karen et Louis), qui exercent tous dans des IFSI de petite taille qui dépendent de CH, verbalisent se sentir reconnus par leur institution, tandis que Bertrand et Noémie ne se prononcent pas sur ce sujet. Les neuf autres formateurs disent ne pas se sentir reconnus institutionnellement. Au niveau du groupe professionnel des cadres de santé, douze formateurs énoncent ne pas percevoir le segment professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des cadres de santé formateurs aussi bien reconnu par leur institution que celui des cadres de santé managers. La reconnaissance institutionnelle est très peu présente dans les discours des formateurs IFSI. Ces derniers perçoivent le rapport de force qui s'exerce entre les deux segments du groupe professionnel des cadres de santé clairement en leur défaveur.

Les explications avancées sont une charge de travail perçue comme peu importante de l'extérieur (Géraldine et Janine) entraînant une charge mentale moins conséquente que dans le management (Karen). Ce dernier point a d'ailleurs été confirmé dans les entretiens par les formateurs IFSI ayant une expérience managériale antérieure. La distance avec le milieu des soins et les patients entraînant un clivage théorie/pratique est une autre explication amenée (Flore, Huguette et Karen). Enfin certains relatent le fait que dans leurs institutions, les cadres de proximité qui ne sont pas jugés performants ou compétents sont mutés en IFSI (Christine, Karen et Louis).

Pour certains formateurs IFSI interrogés, leur perception de la reconnaissance professionnelle était supérieure quand ils exerçaient en tant qu'infirmiers (Aurore, Christine, Dorothée, Géraldine et Irène) ou en tant que cadres de santé de proximité (Dorothée et Marie).

Enfin nous remarquons dans les discours une stratégie identitaire (Kaddouri, 2019a) chez certains formateurs IFSI qui consiste à utiliser leur passé d'infirmier et/ou de cadre de santé manager pour atteindre la reconnaissance professionnelle avec (ou malgré) leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002) de formateur IFSI. Ceci est le cas pour Flore, Karen et Louis dont les discours révèlent une identité héritée (Dubar, 2010) infirmière forte. De façon plus surprenante, cette stratégie identitaire est également visible chez des formateurs (Bertrand, Dorothée, Irène et Janine) dont l'identité investie dans le présent s'inscrit en rupture avec leur identité héritée infirmière. Dorothée et Janine complètent cette stratégie identitaire en faisant également référence à leur identité héritée de cadre de santé de proximité.

2.3.3. Regard sur le processus d'universitarisation dans les discours des formateurs IFSI en lien avec leurs dynamiques identitaires

Le processus d'universitarisation n'a pas été abordé dans l'enquête quantitative ; nous présentons donc ici les résultats sans effectuer de comparaison comme précédemment. Nous allons aborder la perception du processus d'universitarisation des formations paramédicales, par les formateurs interrogés, au regard de l'impact de leur identité héritée (Dubar, 2010) infirmière sur leur dynamique identitaire (Kaddouri, 2002).

Nous relevons de façon globale une vision assez floue des formateurs IFSI sur le processus d'universitarisation des formations paramédicales. Par exemple, hormis Marie qui est engagée en doctorat et Aurore, nous avons remarqué que le statut et l'activité d'enseignant-chercheur apparaissent peu clairs. Rappelons que les entretiens ont eu lieu au cours du premier semestre de l'année 2019, avant la création de la discipline des sciences infirmières. De plus, l'analyse lexicométrique a révélé une absence des termes « université » et « universitarisation » dans les occurrences issues du discours des quinze formateurs IFSI interviewés. Ceci va dans le sens d'une perception assez imprécise et distante de ce processus par les personnes interrogées.

La perception positive ou négative du processus d'universitarisation semble corrélée à la possession d'un master, et donc à l'exercice en CHU plutôt qu'en CH (les cinq formateurs dont l'IFSI dépend d'un CH n'ont pas de master alors que sept formateurs sur dix exercent

dans un CHU sont titulaires d'un master). En effet, Aurore, Bertrand, Marie et Olivia, qui sont titulaires d'un master, ont une perception positive de l'universitarisation. Emmanuelle et Géraldine, en possession également d'un master, ont une vision floue, tandis que Dorothée adopte une position mitigée. Parmi les formateurs qui ne possèdent pas de master, Huguette, Irène, Janine, Karen ont une perception plutôt négative du processus d'universitarisation. Celles de Louis et de Noémie sont floues, tandis que celles de Christine et de Flore sont positives. Christine est actuellement en cours de réalisation d'un DU et elle découvre le milieu universitaire, alors que Flore vient de quitter son poste de formatrice et ne sera donc probablement pas impactée à court et moyen terme.

Quand le formateur est titulaire d'un diplôme universitaire de niveau master, il a donc tendance à moins se sentir menacé à court terme par l'universitarisation qui est en cours. Les principales craintes évoquées lors des entretiens se situent au niveau des savoirs et au niveau statutaire des personnels de formation. La crainte au niveau des savoirs fréquemment évoquée au cours des entretiens est relative à l'appréhension d'une académisation des savoirs, qui s'éloigneraient alors de la dimension pratique. Cependant certains formateurs interrogés voient également à ce niveau l'opportunité de produire de nouveaux savoirs. La menace au niveau statutaire est corroborée à la nécessité à terme d'être titulaire d'un doctorat (là où un master est actuellement recommandé) au risque de devenir uniquement chargé de TD, d'être dépossédé de l'ingénierie pédagogique.

La quasi-totalité des formateurs IFSI (seule Dorothée est réservée) pensent qu'il est nécessaire d'avoir exercé en tant qu'infirmier avant d'être formateur IFSI. Certaines comme Aurore, Christine, Karen et Marie mettent un bémol à ce point en nuancant leurs propos. Pour elles, il n'est pas indispensable que tous les formateurs IFSI aient cette expérience infirmière antérieure. Il est possible qu'une minorité d'entre eux soient issus d'une autre profession, si leurs enseignements ne sont pas en lien avec les UE dites « cœur de métier ».

Concernant le diplôme de cadre de santé, les avis sont également tranchés ; dix personnes interrogées pensent qu'il n'est pas nécessaire pour être formateur IFSI. Bertrand, Christine, Dorothée et Emmanuelle n'expriment pas d'avis sur ce point, tandis qu'Huguette pense qu'une expérience managériale antérieure est indispensable avant de devenir formateur IFSI.

Nous allons poursuivre en détaillant la perception du processus d'universitarisation par les formateurs interrogés en la mettant en perspective avec l'impact de leur identité héritée (Dubar, 2010) infirmière sur leur dynamique identitaire (Kaddouri, 2002).

Tableau 10 : Identité infirmière présente, identité visée, dynamique identitaire perçue et menace perçue de l'universitarisation

<i>Répondants</i>	<i>Identité héritée infirmière forte</i>	<i>Identité visée</i>	<i>Dynamique identitaire perçue</i>	<i>Menacé(e) par l'universitarisation</i>
<i>Emmanuelle</i>	Oui	Directrice d'établissement de formation (hors IFSI), sophrologue	Transformation identitaire	Oui
<i>Huguette</i>	Oui	Cadre de santé manager	Transformation identitaire	Oui
<i>Karen</i>	Oui	Cadre de santé hygiéniste	Transformation identitaire	Oui
<i>Louis</i>	Oui	Cadre de santé manager	Transformation identitaire	Oui
<i>Flore</i>	Oui	Infirmière anesthésiste	Transformation identitaire	?
<i>Noémie</i>	Oui	Formatrice IFSI	Continuité identitaire	?
<i>Géraldine</i>	Oui	Cadre de santé manager ? Poste de Direction ?	Gestation identitaire	Non
<i>Bertrand</i>	Non	Formateur IFSI	Continuité identitaire	Non
<i>Irène</i>	Non	Formatrice IFSI	Continuité identitaire	Non
<i>Marie</i>	Non	Formatrice IFSI	Continuité identitaire	Non
<i>Christine</i>	Non	Formatrice IFSI	Continuité identitaire	Oui
<i>Janine</i>	Non	Formatrice IFSI	Continuité identitaire	Oui
<i>Dorothée</i>	Non	Directrice d'établissement sanitaire et social	Transformation identitaire	Oui
<i>Olivia</i>	+/-	Formatrice IFSI	Continuité identitaire	Oui
<i>Aurore</i>	+/-	Formatrice mais pas obligatoirement en IFSI	Entre gestation identitaire et transformation identitaire	Non

Nous ne traiterons pas ici les entretiens d'Aurore et d'Olivia, qui présentent un discours ambivalent par rapport à la question de la persistance de leur identité héritée (Dubar, 2010) infirmière dans leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002).

2.3.3.1. Identité héritée infirmière forte, dynamique de transformation identitaire et menace perçue de l'universitarisation

Nous identifions sept formateurs IFSI, parmi les quinze interrogés, qui expriment une identité héritée (Dubar, 2010) forte au niveau de leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002). Cinq de ces personnes ont une identité visée (Dubar, 2010) qui s'inscrit en rupture avec leur identité investie dans le présent de formateur, révélant par là-même une dynamique de transformation identitaire (Kaddouri, 2002).

Comme l'exemple d'Emmanuelle, formatrice IFSI depuis quatre ans après avoir été de nombreuses années formatrice dans une autre formation paramédicale, avec une identité héritée infirmière contextualisée bien présente dans son discours : « *J'oublie pas que je suis infirmière initialement ça c'est certain. [...] Je me sens encore infirmière dans, surtout quand je fais du suivi de stage* », et une identité visée qui marque une rupture dans son processus biographique (Dubar, 2010) : « *Très clairement, si j'ai l'opportunité de faire autre chose... J'ai fait le tour largement de... de la pédagogie avec la spécialisation, plus l'IFSI. Oui... donc j'ai envie de changer. Je pense que trois ans et demi ou quatre ans que je suis à l'IFSI, je peux envisager d'autres choses si l'opportunité se présente* ». Cette dynamique de transformation identitaire (Kaddouri, 2002) est peut-être renforcée par sa perception du processus d'universitarisation qui rendrait nécessaire un titre de docteur pour être formateur IFSI, menaçant le statut de formateurs IFSI existant actuellement : « *de toute façon cadre formateur ne va sûrement pas suffire pour pouvoir... intégrer en tout cas l'Université. [...] Je le conçois plus dans une évolution de métier : infirmier, puis ensuite pouvoir évoluer de façon autre : passer un master, ensuite doctorat, et intégrer l'Université pour être formateur* ».

Huguette est formatrice IFSI depuis quatre ans, après avoir été pendant plusieurs années cadre de proximité. Elle se sent encore pleinement infirmière quand nous lui posons la question et ce, dans tous les contextes : « *Oui complètement, complètement tout à fait. Ouais, ouais. Avec des fois un peu d'inquiétude, je me sens infirmière mais j'ai perdu des compétences* ». Le projet professionnel d'Huguette est clair et s'inscrit dans une dynamique de transformation identitaire. À court terme, elle envisage de réoccuper des fonctions de cadre de proximité en EHPAD afin d'y finir sa carrière : « *J'ai un projet professionnel de devenir cadre en EHPAD. Ça c'est quelque chose qui me tient à cœur pour ma fin de carrière, en essayant de mettre au service de l'EHPAD toute mon expérience* ». Huguette pense que l'universitarisation représente une menace pour les formateurs IFSI qui, comme elle, ne sont pas titulaires d'un master, car cela les obligerait à quitter leur fonction de formateur : « *Parce*

que moi en plus dans mon cas, je n'ai, je n'ai pas de master 2. Étant en fin de carrière, je ne m'investirai pas pour être euh... Donc je sais que de toute façon ça mettra fin à ma carrière de formatrice. Ça c'est sûr dans quelques années à venir sûrement. [...] Mais ça m'ennuie pour certaines formatrices qui sont vraiment très à l'aise dedans et qui ont vraiment toute la légitimité et qui vont être obligées d'arrêter à cause de ça. [...] Des personnes qui ne vont peut-être pas pouvoir reprendre leurs études pour finaliser, pour tout ça ». Dans le même temps, elle assure que son projet professionnel n'est pas influencé par ce contexte : « Mais c'est pas grave, c'était aussi... je savais aussi que je ne finirais pas ma carrière en tant que formatrice. Donc pour moi ça m'impacte mais pas forcément dans mon projet professionnel, donc c'est pas, c'est pas gênant, c'est pas gênant ».

Karen est formatrice dans un IFSI depuis quatre ans. Elle revendique son identité héritée infirmière, que le contexte soit professionnel ou personnel : « Alors oui ! Alors oui ! Oui je suis toujours infirmière. Et même cadre, oui je me sens toujours infirmière ». Au niveau de son identité visée, Karen pense quitter à court terme son emploi actuel : elle a postulé et a été retenue pour un poste de responsable hygiéniste sur l'établissement dont dépend son institut. Seules quelques négociations autour du profil de poste freinent encore son départ : « En fait, je suis, je suis peut-être en partance de l'IFSI parce que voilà. J'ai postulé pour être hygiéniste en fait sur l'établissement. [...] Voilà je sais que j'ai été retenue mais pour l'instant les conditions du poste ne me conviennent pas, je n'ai pas encore fait mon choix définitif ». Karen se situe donc également dans une dynamique de transformation identitaire qui peut être renforcée par sa crainte que les formateurs IFSI actuels soient impactés par cette universitarisation, en se retrouvant sous-diplômés et cantonnés à des tâches organisationnelles.

Louis, qui est formateur depuis cinq ans, se sent encore pleinement infirmier : « Oui je pense, je me sens toujours infirmier dans ma tête. [...] Donc je me sens toujours infirmier finalement oui ». Il pense que les formateurs IFSI actuels vont être impactés par l'universitarisation en étant contraints d'évoluer vers la recherche : « Je pense qu'il va falloir évoluer professionnellement encore peut-être comme vous, aller vers le doctorat, master, doctorat, dans la recherche voilà. Et je me dis... je me dis que oui si le projet c'est toujours d'être dans ce métier-là, il va falloir obligatoirement passer par là ». Louis se questionne également sur le devenir des formateurs actuels : « Que va-t-on devenir ? Ça va être du cent pour cent Université ou comme les IUT à faire... où on sera chargé de TD ? ». Il perçoit son avenir professionnel, dans une logique de transformation identitaire, avec un retour d'ici deux ans à un poste de cadre de proximité, après une première expérience contrainte de manager.

Flore, au moment de l'entretien, venait de quitter depuis peu son poste de formatrice IFSI après l'avoir occupé seulement une année. L'identité infirmière est restée très présente lors de son passage en IFSI : « *Pour moi j'étais toujours entre guillemets infirmière, même si je ne faisais pas de soins, parce que c'était quand même récent [...] Je me sentais encore infirmière* ». Au moment où Flore était formatrice IFSI, son identité visée s'est donc inscrite dans la rupture de son identité de formatrice, pour rejoindre son identité héritée d'infirmière qu'elle souhaitait prolonger. N'ayant pas effectué de formation de cadre de santé, nous pouvons dire que ce statut n'était pas pleinement investi. Elle semble avoir trop peu de recul pour mesurer pleinement les conséquences du processus d'universitarisation sur les formateurs IFSI.

Le cas de Noémie est quelque peu différent des précédents : elle est faisant-fonction de cadre formatrice depuis trois mois et elle désire rester formatrice. En lien probablement avec sa faible antériorité dans la fonction de formatrice IFSI, elle mesure peu les conséquences de l'universitarisation des formations paramédicales. Son identité héritée infirmière est très présente au moment de l'entretien : « *Oui ça fait que trois mois que je suis formatrice donc effectivement je me sens encore infirmière. Et puis je pense qu'on le reste toute sa vie. [...] Enfin moi en tout cas, je me sens encore infirmière complètement oui* ». Contrairement aux discours précédents, elle se situe dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet de préservation de Soi (Kaddouri, 2002) : « *De devenir... de continuer à pouvoir exercer la fonction de formatrice tout en... ben tout en obtenant mon diplôme de, de cadre. [...] À ce jour, mon objectif c'est d'être formateur et vraiment d'apprendre ce nouveau... ce nouveau métier* ».

Géraldine est formatrice IFSI depuis deux ans en tant que faisant-fonction de cadre de santé formatrice et elle vient d'être récemment diplômée cadre de santé. Elle met en avant son identité héritée d'infirmière : « *Est-ce que je me sens encore infirmière ? Oui quand même. [...] Je suis infirmière... je suis quand même infirmière...* ». Les identités visées s'inscrivent dans la continuité à court terme (rester formatrice IFSI). À moyen et long terme, le projet professionnel reste encore peu défini. Récemment diplômée CDS, Géraldine s'inscrit dans une dynamique de gestation identitaire avec un projet de confirmation de Soi (*Ibid.*). Elle se sent en quelque sorte protégée à court terme de l'universitarisation de la formation infirmière par son master obtenu en sciences de gestion : « *C'est pour ça que je suis contente d'avoir un master, quand même !* ».

2.3.3.2. Conversion identitaire, dynamique de continuité identitaire et menace perçue de l'universitarisation

Six formateurs interrogés n'expriment pas une identité héritée (Dubar, 2010) infirmière forte. Parmi ceux-ci, cinq décrivent dans leurs discours une dynamique de continuité identitaire (Kaddouri, 2002) avec une identité visée (Dubar, 2010) qui s'inscrit dans la continuité de leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002) de formateur. La sixième personne présente une dynamique de transformation identitaire (Kaddouri, 2002).

Ceci est le cas de Bertrand qui exerce comme formateur en IFSI depuis deux ans et demi au moment de l'entretien. Il ne se sent plus infirmier et cette identité héritée infirmière semble devenue lointaine : « *Je ne me définis plus comme un infirmier. [...] je ne suis plus, je ne suis plus infirmier. [...] Je pense qu'effectivement c'est pas quelque chose qui me manque* ». Bertrand perçoit l'universitarisation de la formation infirmière de façon distante encore : « *Je le perçois de loin, là pour l'instant* ». Étant titulaire d'un master, Bertrand ne se sent pas menacé par cette universitarisation. Il situe les conséquences de celle-ci au niveau de l'organisation, mais pas au niveau de son activité quotidienne de formateur : « *Oui ça va m'impacter mais je pense plus dans l'organisation qu'autre chose. Sur ce que je suis, ce que j'ai envie d'y mettre et tout ça, je pense pas que ça va beaucoup m'impacter* ». Bertrand se situe clairement dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002) : « *À l'heure actuelle, je n'ai pas l'intention, d'envie d'évoluer en termes de carrière. [...] Juste que je suis dans une zone de confort en ce moment qui me convient bien, qui me plait, qui me permet de me réaliser et que j'entrevois rien de plus pour l'instant* ».

Irène est formatrice IFSI depuis dix-neuf ans. Irène dit ne plus se sentir infirmière, cette identité héritée n'est plus présente : « *Non... je crois que quelque part... [...] Après je pense que je suis passée à autre chose. [...] Non je me sens plus infirmière* ». L'avenir professionnel envisagé s'inscrit clairement dans la continuité avec projet d'entretien de Soi. Irène espère rester formatrice en IFSI jusqu'à son départ en retraite dans quatre ans : « *Honnêtement de rester formateur. [...] Mais moi mon souhait c'est de rester formateur. [...] Je ne me vois pas ne pas finir formateur* ». Elle perçoit néanmoins un impact de cette universitarisation sur elle-même, dans l'hypothèse d'un changement d'IFSI par exemple, car elle n'est pas titulaire de diplôme universitaire : « *Parce que moi j'ai aucun diplôme universitaire, donc... oui. [...] Si je veux aller, si je veux rechanger sur un autre IFSI par exemple, je suis pas sûre qu'on me prenne par rapport à quelqu'un qui a un master* ». Cependant, étant à quatre ans de la retraite,

elle ne se sent pas menacée par le processus d'universitarisation dans son poste actuel : « *Alors garder dans mon poste j'espère que si. [...] Non je ne me sens pas menacée* ».

Marie est formatrice depuis un an et demi. Elle ne semble plus se sentir infirmière à ce jour, elle se considère cadre de santé : « *Mais sinon je me sens cadre de santé* ». Marie pense qu'il faut avoir fait le deuil d'une fonction avant d'en occuper une autre : « *Je me dis si dans ma tête je reste infirmière, à vouloir me dire le soin, etc., j'ai plus la vision de cadre formateur ou de cadre de proximité. [...] On doit avoir cette distanciation de se dire : je ne suis pas infirmière et je ne dois pas ressentir... pour garder ce recul dans les prises de décision* ». À court terme, Marie envisage de rester formatrice en IFSI. À plus long terme, elle ne se projette pas : « *Je n'ai pas de vision sur du long terme. [...] Ben à court terme, poursuivre en tant que cadre de santé formateur* ». Nous retrouvons ici, une nouvelle fois, une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi clairement exprimé. Se sentant peu informée sur la question malgré son statut de doctorante, Marie adopte une attitude positive vis-à-vis de l'universitarisation de la formation infirmière et n'envisage pas pour le moment les aspects plus négatifs que cela pourrait engendrer : « *L'Université peut avoir aussi des bonnes choses, faut pas non plus... [...] Les craintes je sais pas, j'ai pas réfléchi aux craintes. J'ai plutôt un côté positif donc...* ».

Christine est formatrice en soins infirmiers depuis dix ans, après avoir effectué toute sa carrière professionnelle (infirmière puis cadre de proximité) dans le même établissement. Elle ne souhaitait pas être initialement infirmière : « *C'était pas trop mon souhait en fin de compte. J'ai aimé mes années infirmières, j'ai exercé mais c'était pas forcément la profession... J'aurais pu être assistante-sociale je pense* ». Le deuil de cette identité infirmière s'est effectuée lorsqu'elle est devenue cadre manager : « *Je pense que mon changement justement de statut a fait que j'ai plus été infirmière* ». Elle ne se sent donc plus infirmière au moment de l'entretien. Elle s'inscrit également dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi en vue de préparer sa retraite dans cinq ans : « *Moi, mon avenir ? Il est plutôt vers la fin que... Donc c'est vrai que j'ai plutôt tendance, même si là je me suis dit encore cinq ans. Cinq ans c'est long, donc autant les faire bien mais il est plus derrière moi. Donc c'est vrai que maintenant je commence à construire plus mon avenir de retraitée* ». Christine se sent menacée par l'universitarisation de la formation infirmière, car selon elle son CCI ne représentera plus un statut suffisant pour être formatrice IFSI : « *Je pense parce qu'on sera impacté dans le sens qu'on va nous demander des niveaux requis. On va nous demander des masters, des doctorats. Donc oui ça va impacter. On sera plus seulement obligé d'avoir un certificat ou un diplôme de cadre de santé, il va falloir se former* ».

Janine exerce depuis moins d'un an en tant que formatrice dans un IFSI, après un poste de cadre de proximité et suite à un plan de retour à l'équilibre. Son arrivée en IFSI n'était donc pas souhaitée. Janine ne se sent plus infirmière. Pour elle, cadre de santé et infirmier sont deux professions différentes et elle ne se sent plus capable d'exercer en tant qu'infirmière : « *Mais je pense que c'est deux métiers différents quand même. [...] Non je ne me présente plus comme infirmière* ». Une nouvelle fois, nous retrouvons dans le discours une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi. Devenue formatrice en IFSI depuis moins d'un an, Janine souhaite prolonger cette expérience tant qu'elle continuera à y trouver du plaisir : « *Mais ce que je veux faire, c'est quelque chose qui me plaît. Donc le jour où ça ne me plaira plus ici, je ferai autre chose c'est sûr. [...] Pour le moment je ne l'envisage pas* ». Elle prolonge cependant son propos précédent en laissant entendre que l'universitarisation de la formation infirmière pourrait la faire changer d'avis : « *Alors avec toutes ces inquiétudes, ces interrogations par rapport à l'Université, l'IFSI, etc.* ».

Enfin Dorothée a un discours quelque peu différent des autres formateurs interrogés n'exprimant pas une identité héritée infirmière forte. Elle est formatrice en IFSI depuis six ans dans l'établissement où elle a effectué la majeure partie de sa carrière professionnelle. Dorothée ne semble plus se sentir infirmière : « *Non je me suis bien défait de ça. Je crois que j'ai même pas l'envie et j'aurais pas l'envie de redevenir infirmière* ». Mais en opposition avec les formateurs qui se trouvent dans la rupture avec leur identité héritée infirmière, Dorothée ne s'inscrit pas dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi, mais dans une dynamique de transformation identitaire. Elle appréhende que les formateurs IFSI actuels, issus de la profession infirmière, soient moins nombreux et aient un rôle moins central dans le futur : « *Je pense que malgré tout, il y a aura toujours des cadres de santé formateurs en complément. Mais dans quelle mesure et pour quoi faire ?* ». Dorothée pense être impactée directement par cette universitarisation, ne se sentant pas en capacité de s'engager dans un doctorat pour devenir enseignant-chercheur : « *Euh... je pense que j'ai pas le bagage intellectuel pour pouvoir le faire* ». Elle n'envisage pas de rester exercer en IFSI, ou même de rester dans la formation : « *Je pense que je ne pourrai pas continuer ma carrière pendant des années ici. [...] Je suis quelqu'un qui a tendance à un petit peu se lasser au bout d'un certain temps si j'ai pas de projet novateur, si j'ai pas la possibilité de faire d'autre chose. [...] Mais là ça a stagné et je m'y retrouve pas* ». Elle a pour identité visée de devenir directrice d'un EHPAD ou d'un institut médico-social : « *Vraiment finir ma carrière sur un poste de direction dans un EHPAD ou dans un institut médico-social, c'est un truc qui me brancherait bien* ».

Avec la réserve nécessaire due à un échantillon de quinze personnes, nous relevons le lien existant chez les formateurs IFSI interrogés, entre la présence ou l'absence d'une identité héritée (Dubar, 2010) infirmière forte et leur dynamique identitaire (Kaddouri, 2002), ainsi que l'impact possible du processus en cours d'universitarisation des formations paramédicales. En effet, quand l'identité héritée infirmière est peu persistante dans l'identité investie dans le présent (Gravé, 2002) des personnes interrogées, nous observons une dynamique de continuité identitaire de formateur avec le plus souvent (cinq formateurs interviewés sur six) un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002) dans la fonction de formateur. À l'inverse, quand la conversion identitaire entre la profession d'infirmier et celle de formateur n'est pas effective, cela se traduit fréquemment (cinq personnes interrogées sur sept) par une dynamique de transformation identitaire (*Ibid.*) avec un projet de Soi pour soi souvent orienté vers une fonction de management de proximité. Nous remarquons que les formateurs IFSI s'inscrivant dans une dynamique de transformation identitaire se sentent davantage menacés par le processus d'universitarisation, ce qui peut être un facteur déterminant pour ceux-ci dans l'élaboration de leur projet de Soi pour soi.

3. Synthèse des résultats et retour sur les hypothèses

Cette partie va résumer les résultats obtenus lors des enquêtes quantitative et qualitative, en les mettant en perspective, afin de répondre aux hypothèses issues de la question principale de cette recherche qui est : **Quel est l'impact du processus d'universitarisation des formations paramédicales et de l'identité héritée infirmière sur les dynamiques identitaires des formateurs IFSI et la reconnaissance perçue par eux-mêmes de leur activité professionnelle ?**

Tout d'abord, nous relevons une concordance importante entre les données sociographiques des deux corpus issus des enquêtes par questionnaire et par entretien, malgré le fait que ceux-ci soient qualifiés d'échantillons de convenance.

La typologie issue de l'enquête quantitative n'a pas concordé avec l'analyse thématique, comme le laissait supposer l'analyse lexicométrique, qui a montré que les discours issus des différentes catégories de la typologie élaborée présentent de nombreuses similitudes et peu de différences. L'écart temporel (et l'accélération de l'évolution du processus d'universitarisation) entre les deux enquêtes peut être une explication, comme sans doute le fait d'avoir abordé cette question trop frontalement au cours des entretiens. En effet, nous avons posé la question directement à chaque interviewé, de se placer lui-même dans une des quatre catégories en fonction de sa motivation à devenir formateur IFSI. Sans doute qu'une question plus ouverte aurait permis plus de nuances. Rappelons enfin que les entretiens n'avaient pas vocation principale à vérifier cette typologie, mais davantage à accéder aux logiques internes des individus dans une visée compréhensive (Kaufmann, 2007).

3.1. Le processus biographique des formateurs IFSI

Sur cet aspect, nous avons posé les hypothèses suivantes : **Au niveau du processus biographique, quelle est la place de l'identité héritée infirmière dans les identités investies dans le présent et visées des formateurs IFSI ?**

- Les formateurs IFSI se définissent-ils encore principalement comme infirmiers ou comme formateurs ? Leur identité héritée infirmière s’inscrit-elle dans la continuité ou dans la rupture au niveau de leur processus biographique ?
- Existe-t-il chez les formateurs IFSI un lien entre la présence d’une identité héritée infirmière forte et leur projet de Soi ?

- Les formateurs IFSI se définissent-ils encore principalement comme infirmier ou comme formateur ? Leur identité héritée infirmière s’inscrit-elle dans la continuité ou dans la rupture au niveau de leur processus biographique ?

L’enquête par questionnaire a mis en lumière la présence d’une identité héritée (Dubar, 2010) infirmière forte déclarée par les répondants. En effet, 79,7 % des 300 répondants déclarent se sentir ou se présenter encore comme infirmiers, ce qui tendrait à révéler une identité investie dans le présent (Gravé, 2002) qui s’inscrit dans la continuité d’une identité héritée infirmière forte. Au niveau de l’enquête par entretien, sept formateurs IFSI parmi les quinze interviewés déclarent se sentir encore infirmiers, tout en se présentant le plus souvent ainsi et s’inscrivent donc dans la continuité de leur identité héritée infirmière. Six autres formateurs déclarent ne plus se sentir infirmiers et ne plus se présenter comme tels, s’inscrivant ainsi dans une rupture avec leurs identités héritées. Enfin les discours de deux formatrices IFSI interrogées (Aurore et Olivia) révèlent une identité héritée infirmière que nous qualifions de partielle dans leur identité investie dans le présent. En effet, elles se montrent toutes deux ambivalentes dans leurs discours quant au fait de se sentir encore ou non infirmière actuellement.

- Existe-t-il chez les formateurs IFSI un lien entre la présence d’une identité héritée infirmière forte et leur projet de Soi ?

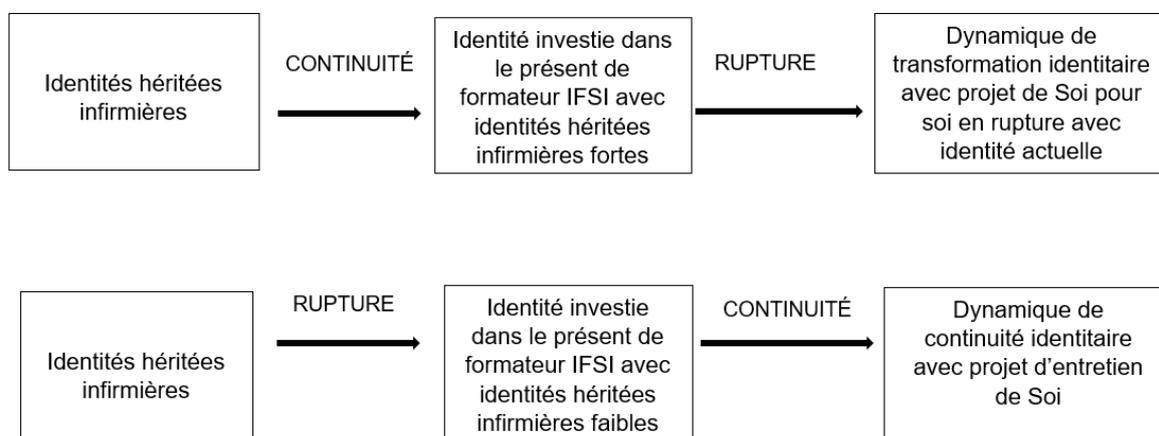
Dans l’enquête par questionnaire, 53,4 % des répondants déclaraient des perspectives d’évolution professionnelle, signifiant par là même que la fonction de formateur IFSI n’est pas l’aboutissement systématique d’une carrière professionnelle. Mais cette donnée est restée peu exploitée, car un questionnaire ne permet pas d’accéder aux logiques internes des individus, à leurs projets de Soi pour soi (Kaddouri, 2002). D’autant plus que la temporalité n’était pas précisée dans la question portant sur les perspectives d’évolution professionnelle. Ainsi il restait difficile de percevoir avec précision si cette évolution traduisait une rupture ou une continuité avec l’identité héritée d’infirmière.

Dans l'enquête par entretien, neuf formateurs évoquent des identités visées (Dubar, 2010) dans la continuité de leur identité actuelle de formateur IFSI avec, dans la grande majorité des cas, une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002). Les six autres formateurs IFSI interrogés présentent dans leurs discours des identités visées en rupture avec leur identité investie dans le présent de formateur IFSI et des dynamiques de transformation identitaire (*Ibid.*), le plus souvent exogènes, les conduisant vers un poste de cadre de santé de proximité.

Nous relevons un lien existant, chez les formateurs IFSI interrogés, entre la présence ou l'absence d'une identité héritée infirmière forte et leur dynamique identitaire. Ainsi quand l'identité héritée infirmière est peu présente dans l'identité investie dans le présent des personnes interrogées, nous remarquons une dynamique de continuité identitaire de formateur avec le plus fréquemment un projet d'entretien de Soi dans la fonction de formateur. À l'inverse, quand l'identité investie dans le présent s'inscrit fortement dans l'identité héritée infirmière, quand la conversion identitaire entre la profession d'infirmier et celle de formateur n'est pas effective, cela se traduit le plus souvent par une dynamique de transformation identitaire avec un projet de Soi pour soi souvent orienté vers une fonction de management de proximité.

Ainsi un lien marqué devient visible entre la présence ou l'absence d'une identité héritée infirmière forte dans le discours et la dynamique identitaire (et le projet de Soi pour soi inhérent). Nous pouvons symboliser ce lien par une continuité/rupture ou une rupture/continuité entre les identités héritées et l'identité investie dans le présent dans un premier temps puis entre l'identité investie dans le présent et les identités visées dans un second temps.

Figure 1 : lien entre identités héritées et dynamiques identitaires des formateurs IFSI



3.2. Le processus relationnel des formateurs IFSI

Sur cet aspect, nous avons posé les hypothèses suivantes : **Au niveau du processus relationnel, les formateurs IFSI se sentent-ils reconnus professionnellement ?**

- Existe-t-il chez les formateurs IFSI un lien entre la présence d'une identité héritée infirmière forte et une reconnaissance perçue de leur activité professionnelle ?
- Comment les formateurs IFSI se sentent-ils reconnus institutionnellement en tant que segment professionnel du groupe des cadres de santé ?
- La posture professionnelle des formateurs IFSI a-t-elle évolué en accord avec l'APC découlant de la réingénierie de la formation initiale infirmière ?

Tout d'abord, nous pouvons affirmer à travers les deux enquêtes de terrain menées que les formateurs IFSI se sentent globalement reconnus individuellement.

Si, dans l'enquête quantitative, toutes les relations professionnelles questionnées ont majoritairement été qualifiées par les formateurs IFSI interrogés de bonnes, voire de très bonnes (dans le cas des relations avec les ESI), nous avons également remarqué que l'image perçue par les formateurs IFSI de leur activité professionnelle par leurs différents collaborateurs est moins positive dès lors que ces derniers exercent à l'extérieur de leur institut de formation. Par exemple, l'image perçue de leur activité professionnelle par les intervenants extérieurs universitaires et les cadres de santé managers est moins positive que celle de l'ensemble des collaborateurs. Tout comme les relations avec ces deux catégories de collaborateurs sont déclarées parmi les moins bonnes. La reconnaissance professionnelle a été qualifiée d'incertaine suite à l'analyse du questionnaire : si le jugement d'utilité (Dejours, 2003) des subordonnés (ici les étudiants) et des supérieurs hiérarchiques semble positif vis-à-vis des indicateurs posés (image perçue de l'activité professionnelle et relations à autrui), cela semble moins évident pour le jugement de beauté (*Ibid.*), notamment en ce qui concerne les cadres de santé managers.

Globalement les formateurs interrogés par entretien disent se sentir reconnus professionnellement par leurs collaborateurs. Le jugement d'utilité des formateurs interviewés est globalement positif, surtout vis-à-vis des ESI. Concernant le jugement de beauté, la plupart des formateurs interrogés le perçoivent positivement chez leurs collègues formateurs et chez les collaborateurs extérieurs à l'IFSI, en particulier les cadres de santé de proximité. Dans la

lignée des résultats de l'enquête quantitative, le jugement de beauté, tout en étant à un niveau moindre que le jugement d'utilité, reste néanmoins globalement positif. Mais contrairement à l'enquête par questionnaire, nous ne retrouvons pas ici une reconnaissance moindre hors des murs du lieu d'exercice.

- Existe-t-il chez les formateurs IFSI un lien entre la présence d'une identité héritée infirmière forte et une reconnaissance perçue de leur activité professionnelle ?

À travers la typologie des formateurs IFSI issue du questionnaire, nous ne retrouvons pas de lien entre la présence d'une identité héritée (Dubar, 2010) infirmière forte et une reconnaissance perçue de leur activité professionnelle. Les deux catégories principales où les personnes ont pour raison principale de devenir formateur IFSI « la transmission de la pratique infirmière » et « porter les valeurs infirmières » inscrivent leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002) dans la continuité avec l'identité héritée infirmière. Mais la première catégorie semble davantage reconnue professionnellement. Tout comme au niveau des deux catégories secondaires où les personnes interrogées ont émis pour raison principale pour devenir formateur IFSI la « volonté d'évolution professionnelle » et « l'envie d'entrer dans l'enseignement », les formateurs constituant la catégorie « envie d'entrer dans l'enseignement » semblent bénéficier de moins de reconnaissance que ceux de la catégorie « volonté d'évolution professionnelle ».

À partir des entretiens réalisés, nous ne retrouvons pas au niveau du jugement d'utilité (Dejours, 2003) émis par les supérieurs hiérarchique et les ESI de lien de significativité ici avec les identités héritées, présentes, visées ou assumées. Il apparaît cependant au niveau du jugement de beauté (*Ibid.*) que les formateurs se sentant les moins reconnus par leurs collaborateurs extérieurs à l'IFSI sont parmi ceux qui déclarent une forte identité héritée infirmière dans leur identité investie dans le présent.

Par ailleurs, nous avons rencontré à de nombreuses reprises dans les discours des formateurs IFSI une stratégie identitaire (Kaddouri, 2019a) qui consiste à utiliser leur passé d'infirmier et/ou de cadre de santé manager pour atteindre la reconnaissance professionnelle avec (ou malgré) leur identité investie dans le présent de formateur IFSI. Ceci est le cas pour des formateurs dont les discours révèlent une identité héritée infirmière forte. Mais de façon plus étonnante, cette stratégie identitaire est également visible chez des formateurs dont l'identité investie dans le présent s'inscrit en rupture avec leur identité héritée infirmière. D'autres formateurs, qui ne se sentent plus infirmiers, complètent cette stratégie identitaire en

faisant également référence à leur identité héritée de cadre de santé de proximité, en plus de leur identité héritée infirmière.

- Comment les formateurs IFSI se sentent-ils reconnus institutionnellement en tant que segment professionnel du groupe des cadres de santé ?

Cette question n'a pas été abordée dans l'enquête quantitative, nous nous référons donc ici uniquement aux résultats provenant de l'analyse des entretiens.

Seulement quatre formateurs, qui exercent tous dans des IFSI dépendants de CH, disent se sentir reconnus par leur institution, tandis que deux ne se prononcent pas à ce sujet. Les neuf autres formateurs verbalisent ne pas se sentir reconnus institutionnellement. Au niveau du groupe professionnel des cadres de santé, douze formateurs énoncent ne pas sentir le segment professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des cadres de santé formateurs aussi bien reconnu par leur institution que celui des cadres de santé managers. La reconnaissance institutionnelle étant très peu présente dans les discours des formateurs IFSI, ces derniers perçoivent le rapport de force entre les deux segments du groupe professionnel des cadres de santé nettement en leur défaveur.

L'une des raisons avancées pour expliquer ce rapport de force défavorable au segment professionnel des formateurs IFSI est une charge de travail en IFSI perçue comme peu importante de l'extérieur, entraînant une charge mentale moins conséquente que dans le management. Ce dernier point a d'ailleurs été objectivé dans les entretiens par les formateurs IFSI ayant eu une expérience managériale antérieure. La distance avec le milieu des soins et les patients entraînant un clivage théorie/pratique est une autre explication amenée. Enfin certains relatent, que dans leurs institutions, les cadres de proximité qui ne sont pas jugés performants ou compétents sont mutés en IFSI.

Environ la moitié des formateurs IFSI interrogés percevait une reconnaissance professionnelle supérieure quand ils exerçaient en tant qu'infirmiers ou cadres de santé de proximité.

- La posture professionnelle des formateurs IFSI a-t-elle évolué en accord avec l'APC découlant de la réingénierie de la formation initiale infirmière ?

Au niveau des compétences nécessaires pour être formateur IFSI, les résultats des enquêtes quantitative et qualitative convergent globalement. Les compétences

communicationnelles et d'accompagnement sont mises en avant dans les deux cas. À un degré moindre, nous retrouvons les compétences managériales (organisation, anticipation, adaptation...), les compétences d'enseignement et les compétences d'ingénierie pédagogique. Les compétences dans le domaine de la recherche et les compétences dans la participation à la démarche qualité de la formation, présentes dans l'enquête par questionnaire, ne sont pas citées spontanément lors des entretiens. Quant aux compétences infirmières, elles divisent dans les deux enquêtes quant à leur importance pour un formateur IFSI. Elles sont déclarées importantes uniquement et presque unanimement par les formateurs IFSI qui inscrivent leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002) dans la continuité d'une identité héritée (Dubar, 2010) infirmière forte.

Ne se résumant pas à une simple transmission de savoirs, les formations professionnelles visent également le développement d'un savoir-être (attitudes, valeurs, éthique) et d'un savoir-faire (Bourdoncle & Lessard, 2003). Leur universitarisation entraîne le passage d'un paradigme de la transmission des savoirs académiques à un paradigme axé sur l'appropriation de ces savoirs en lien avec des problématiques pratiques. Ce passage est caractérisé par l'émergence de l'approche par compétences (Chauvigné & Coulet, 2010). Parmi les cinq postures du formateur de Pratt (1998), la posture de médiateur, qui correspond à la perspective de développement cognitif, devrait être centrale dans la formation infirmière actuelle (Boissart, 2017).

La question des postures professionnelles n'était pas abordée directement dans l'enquête quantitative. À travers l'analyse lexicométrique issue des quinze entretiens effectués, nous avons remarqué que cette posture de médiateur n'apparaît pas dans le discours commun des formateurs interrogés. En effet, ces derniers semblent privilégier les postures d'accompagnateur et d'agent de changement qui correspondent respectivement aux classes 1 et 4 issues de l'analyse lexicale.

L'analyse thématique confirme ce résultat. En effet, nous ne retrouvons la posture de médiateur que dans trois discours de formateurs. Par contre, la posture d'accompagnateur, qui permet à l'étudiant de travailler sur sa confiance en soi, est présente dans tous les discours sauf un. La posture d'agent de changement est présente dans douze discours. Elle est retrouvée dans tous les discours des personnes qui avaient pour motivation principale pour devenir formateur leur envie de porter les valeurs infirmières. La posture d'animateur, revendiquée par sept formateurs interrogés, relève d'une approche comportementale et correspond donc davantage au programme de formation infirmière de 1992 avec sa PPO.

Enfin la posture de modèle, qui apparaît dans le discours de cinq formateurs, correspond à une conception antérieure de la formation infirmière en faisant terminologiquement référence aux moniteurs/monitrices. Nous remarquons que les formateurs IFSI qui présentent ici des postures d'animateur ou/et de modèle exercent davantage dans des IFSI de plus petite taille, dépendants de CH.

3.3. La perception du processus d'universitarisation des formations paramédicales

En lien avec cet aspect, nous avons posé les hypothèses suivantes : **Comment les formateurs IFSI perçoivent-ils le processus d'universitarisation des formations paramédicales ?**

- Le processus d'universitarisation des formations paramédicales est-il perçu comme une opportunité ou comme une menace ?
- Quelles sont les craintes inhérentes au processus d'universitarisation ? Notamment l'arrivée prochaine au sein de leur groupe professionnel d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières, qui n'auront peut-être pas exercé antérieurement la profession infirmière ?
- Dans le cas des formateurs IFSI actuels engagés dans un parcours de doctorat en vue de devenir enseignant-chercheur, existe-t-il une correspondance entre leur projet de Soi pour soi et leur projet de Soi pour autrui ?
- Comment les formateurs IFSI perçoivent-ils la réingénierie de la formation des cadres de santé, les excluant possiblement de ce groupe professionnel ?
- Existe-t-il chez les formateurs IFSI un lien entre la présence ou non d'une identité héritée infirmière forte, leur dynamique identitaire et leur perception du processus d'universitarisation des formations paramédicales ?

Tout d'abord, nous rappelons que le processus d'universitarisation des formations paramédicales n'a pas été abordé directement dans l'enquête quantitative, nous présentons donc ici uniquement les résultats de l'enquête qualitative.

- Le processus d'universitarisation des formations paramédicales est-il perçu comme une opportunité ou comme une menace ?

Globalement, les formateurs IFSI interrogés montrent une perception assez floue et distante du processus d'universitarisation des formations paramédicales. L'analyse lexicométrique va dans ce sens, en montrant l'absence des termes « université » et « universitarisation » dans les occurrences issues du discours des quinze formateurs IFSI interviewés. La perception positive ou négative du processus d'universitarisation semble liée à la possession d'un master et donc à l'exercice en CHU plutôt qu'en CH ; quand le formateur IFSI est titulaire d'un diplôme universitaire de niveau master, il a moins tendance à se sentir menacé à court terme par le processus d'universitarisation en cours.

- Quelles sont les craintes inhérentes au processus d'universitarisation ? Notamment l'arrivée prochaine au sein de leur groupe professionnel d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières, qui n'auront peut-être pas exercé antérieurement la profession infirmière ?

Les principales craintes évoquées lors des entretiens se situent sur deux des trois aspects de l'universitarisation énoncés par Bourdoncle (2007) : au niveau des savoirs et au niveau statutaire des personnels de formation. L'impact au niveau structurel n'est pas mentionné dans les discours.

La crainte au niveau des savoirs fréquemment évoquée est liée à l'appréhension d'une académisation des savoirs, qui s'éloigneraient alors de la dimension pratique. Cependant certains formateurs interrogés voient également à ce niveau l'opportunité de produire de nouveaux savoirs.

La menace au niveau statutaire est corroborée à la nécessité, à terme, d'être titulaire d'un doctorat (là où un master est actuellement recommandé) au risque de devenir uniquement chargé de TD, d'être dépossédé en quelque sorte de l'ingénierie pédagogique. Et pour les personnes qui ne sont pas titulaires d'un master, il existe la crainte de ne pas pouvoir rester dans la formation.

Tous les formateurs IFSI (à une exception près) pensent qu'il est nécessaire d'avoir exercé en tant qu'infirmier avant d'être formateur IFSI. Certains nuancent leurs propos en affirmant que cela n'est pas indispensable pour tous les formateurs. Certains enseignements qui ne sont pas directement en lien avec l'exercice infirmier peuvent être dispensés par des formateurs n'ayant pas exercé la profession infirmière.

- Dans le cas des formateurs IFSI actuels engagés dans un parcours de doctorat en vue de devenir enseignant-chercheur, existe-t-il une correspondance entre leur projet de Soi pour soi et leur projet de Soi pour autrui ?

Il est délicat d'aborder cette hypothèse au regard du seul entretien de Marie. Celle-ci est engagée depuis peu dans un doctorat, elle ne se projette pas dans un avenir en tant qu'enseignante-chercheuse. Elle dit faire cette recherche pour le plaisir et énonce comme identité visée (Dubar, 2010) de rester formatrice IFSI dans un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002). Néanmoins, il apparaît très clairement qu'elle ne se sent pas soutenue institutionnellement et que ce projet de Soi pour soi (*Ibid.*), à travers ce doctorat, ne correspond pas au projet de Soi pour autrui (*Ibid.*) de son institution.

- Comment les formateurs IFSI perçoivent-ils la réingénierie de la formation des cadres de santé, les excluant possiblement de ce groupe professionnel ?

Concernant le diplôme de CDS, les deux tiers des formateurs IFSI interrogés pensent que le diplôme de cadre de santé n'est pas nécessaire pour être formateur IFSI, alors que quatre personnes n'expriment pas d'avis sur ce point.

La réingénierie de la formation des CDS est perçue de façon floue, comme tout ce qui est en lien avec le processus d'universitarisation des formations paramédicales. Étant pour la plupart titulaires du diplôme de CDS, ils ne se sentent pas ou peu concernés par un possible retour en arrière avec deux formations distinctes de formateur et de manager. En excluant Flore qui a quitté la formation, Noémie est la seule personne qui n'est pas encore titulaire du diplôme de CDS. Elle pense que le titre de CDS pourrait n'être réservé qu'aux cadres de proximité et que les formateurs pourraient se tourner vers des diplômes universitaires. Cette séparation des formations de managers et de formateurs et ses conséquences au niveau de l'exercice professionnel ne semblent pas l'affecter.

- Existe-t-il chez les formateurs IFSI un lien entre la présence d'une identité héritée infirmière forte, leur dynamique identitaire et leur perception du processus d'universitarisation des formations paramédicales ?

Nous avons montré que les formateurs IFSI qui s'inscrivent dans une dynamique de transformation identitaire (Kaddouri, 2002) se sentent davantage menacés par le processus d'universitarisation. Nous avons mis précédemment en évidence le lien existant dans le

processus biographique (Dubar, 2010) d'une continuité entre une identité héritée (*Ibid.*) infirmière forte et l'identité investie dans le présent (Gravé, 2002) qui entraîne une rupture entre l'identité investie dans le présent et les identités visées (Dubar, 2010) se manifestant par une dynamique de transformation identitaire. Nous en déduisons que l'universitarisation est peut-être un facteur déterminant pour certains dans l'élaboration de leur projet de Soi pour soi (Kaddouri, 2002) en engendrant une rupture dans le processus biographique entre l'identité investie dans le présent de formateur IFSI et une identité visée différente, signe d'une dynamique de transformation identitaire.

PARTIE V
DISCUSSION ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Dans cette partie, nous reviendrons dans un premier temps sur les limites de ce travail de recherche puis, dans un second temps, nous aborderons les perspectives d'évolution identitaire des formateurs IFSI au regard du processus d'universitarisation des formations paramédicales.

1. Analyse des limites de ce travail

1.1. L'inclusion du chercheur dans l'objet de recherche

Le fait d'être nous-même formateur IFSI a pu sans aucun doute entraîner, à certains moments de ce travail de recherche, des biais, des allants de soi. Les échanges avec notre Directeur et notre Co-encadrant de thèse, non issus du milieu sanitaire et social, nous ont incité à expliciter ces allants de soi pour les professionnels de santé et ainsi à les objectiver ou à les dépasser, particulièrement dans le chapitre sur le formateur IFSI de la partie contextuelle. Notre statut de formateur IFSI a également pu être un biais au cours des entretiens réalisés lors de l'enquête qualitative de notre recherche.

Toutefois, notre inclusion dans l'objet de recherche nous a permis de diffuser notre questionnaire à travers notre réseau professionnel, avec le précieux concours du CEFIEC et de sa Présidente Martine Sommelette, et également de nous entretenir avec certains collègues formateurs issus de ce même réseau professionnel. Cela a entraîné, comme évoqué dans la partie méthodologique, l'apparition dans notre série d'entretiens d'une variable liée au degré de connaissance et de familiarité avec les interviewés (Barrère, 2003). Cependant nous pensons comme Kaufmann (2007) que si une proximité importante peut se révéler être un biais, elle peut également permettre d'éviter aux répondants d'endosser le rôle de bon élève. Elle peut permettre également de limiter le désir d'être perçu « comme une personne ne violant pas les normes sociales et présentant une image flatteuse : celle de la consistance cognitive, du mérite et de la connaissance » (Ghiglione & Matalon, 1978, p. 67). Mais il est également possible que lors de certains moments dans les entretiens, notamment avec des collègues formateurs proches, nous n'ayons pas relevé et approfondi certains éléments des réponses qui nous paraissaient implicites alors qu'un chercheur totalement extérieur à notre objet de recherche aurait sans doute questionné certaines de ces évidences.

1.2. Des échantillons quantitatif et qualitatif non représentatifs

Malgré un retour de trois cents questionnaires exploitables correspondant à environ 10 % de la population française des formateurs IFSI, nous n'avons pas pu établir la représentativité de cet échantillon. En effet, les données trouvées sur la population des formateurs IFSI se sont révélées peu nombreuses, incomplètes et même parfois en contradiction entre elles. Pour ces raisons, nous avons qualifié notre échantillon issu de l'enquête quantitative d'échantillon de convenance (Maubant *et al.*, 2005), reposant sur le volontariat des formateurs IFSI interrogés. Il est donc possible qu'une certaine partie de la population globale des formateurs IFSI soit surreprésentée (nous pensons notamment aux formateurs IFSI titulaires d'un master peut-être plus enclins à répondre à un questionnaire de recherche), tandis qu'une autre partie de cette même population pourrait être sous-représentée.

Au niveau de l'enquête qualitative, nous ne recherchions pas une représentativité stricte de la population des formateurs IFSI ; nous avons sélectionné les personnes interrogées en fonction de nos connaissances d'une part, et des personnes qui se sont portées volontaires suite à nos sollicitations auprès de directions d'IFSI d'autre part. Cet échantillon est donc également de convenance (*Ibid.*). De plus, la faible taille de notre échantillon par rapport à l'ensemble de la population étudiée ne permet pas de viser la représentativité.

Cependant malgré leur qualificatif d'échantillons de convenance, nous avons relevé une concordance importante entre les données sociographiques des deux corpus issus des enquêtes par questionnaire et par entretien. L'analyse lexicométrique laissait supposer que la typologie issue de l'enquête quantitative ne concordait pas avec l'analyse des entretiens. En effet, l'analyse lexicométrique a montré de nombreuses similitudes et peu de différences entre les discours issus des différentes catégories découlant de la typologie élaborée précédemment. Ceci peut s'expliquer par l'écart temporel et l'accélération de l'évolution du processus d'universitarisation entre les deux enquêtes. Une autre explication réside peut-être dans le fait d'avoir abordé cette question sans doute trop frontalement au cours des entretiens. Nous avons posé la question directement à chaque interviewé, de se placer lui-même dans une des quatre catégories, en fonction de sa motivation à devenir formateur IFSI, alors qu'une question plus ouverte aurait pu permettre davantage de nuances. Même si les entretiens n'avaient pas vocation principale à vérifier cette typologie, mais davantage à accéder aux logiques internes des individus dans une visée compréhensive, la possibilité pour les

répondants aux questionnaires de s'identifier (en renseignant par exemple leur adresse mail) aurait pu nous permettre de repérer des personnes caractéristiques des quatre catégories à interroger dans le cadre de l'enquête qualitative.

Enfin lors de l'enquête quantitative, il eut été préférable de générer le questionnaire à diffuser en ligne directement à partir du logiciel Sphinx iQ2. Le traitement des données collectées via Google Forms aurait été plus aisé sans avoir eu à recoder certaines réponses à l'aide d'un tableur Excel avant de les insérer dans le logiciel Sphinx iQ2. Malheureusement, nous n'avons eu accès à ce logiciel qu'après la diffusion du questionnaire. Ce point associé à une meilleure maîtrise du logiciel Sphinx iQ2 nous aurait peut-être permis de traiter les questions ouvertes et de réaliser une AFC pour appuyer notre typologie des formateurs IFSI.

1.3. Retour sur le cadre théorique

Le premier cadre théorique mobilisé dans ce travail de recherche est celui de la double transaction de Claude Dubar (2010). Il s'est construit à partir de la confrontation des résultats de trois recherches empiriques menées dans les années quatre-vingt sous un mode inductif (Dubar, 1992). Ces recherches se sont déroulées auprès de jeunes sans diplôme en situation de chômage, de salariés de l'industrie nucléaire soumis à une forte politique de formation continue et de salariés de grandes entreprises privées, incités à pratiquer la formation continue sous diverses formes (*Ibid.*). Appliqué au groupe professionnel des formateurs IFSI, nous nous sommes rendu compte, dans la lignée des travaux de Patrick Gravé (2002), qu'il semblait manquer une dimension synchronique dans la transaction biographique diachronique dans ce modèle de la double transaction au niveau du processus biographique. En effet, les formateurs IFSI présentent la particularité de tous posséder une identité héritée infirmière commune et l'introduction de l'identité investie dans le présent nous a paru indispensable pour mieux comprendre les continuités et les ruptures dans leurs processus biographiques vis-à-vis de leur précédent exercice professionnel infirmier.

À la suite de ces réflexions, le cadre théorique développé par Mokhtar Kaddouri (2002), autour du projet de Soi et des dynamiques identitaires, nous est apparu pertinent pour la suite de notre travail de recherche sous son abord qualitatif. S'inscrivant dans la lignée des travaux de Dubar (2010), ce cadre théorique a été initialement construit autour d'une recherche menée dans les années quatre-vingt-dix auprès de salariés confrontés à des changements radicaux au sein de leur entreprise quant à leur attitude vis-à-vis de la formation continue. Puis il a été

enrichi et développé à partir de deux autres recherches, effectuées à la fin des années quatre-vingt-dix et au début des années deux-mille, qui ont pour objets l'analyse des dynamiques identitaires d'enseignants de lycées et de collèges impliqués dans des pratiques innovantes et l'analyse de la professionnalisation et de la construction identitaire des inspecteurs du travail (Kaddouri, 2002). L'expression des dynamiques identitaires n'est donc pas spécifique ni à une population donnée, ni à un contexte précis. Les limites du projet de Soi sont apportées par Kaddouri (2002) lui-même en questionnant son statut : le projet de Soi « relève-t-il du domaine de la conscience du sujet ou de celui de l'inférence du chercheur ? » (Kaddouri, 2002, p. 40). Effectivement, « la conscience qu'a le sujet de son Soi n'est pas une conscience formalisée prête à l'expression » (*Ibid.*) et l'interaction avec le chercheur est un moyen de lui permettre d'émerger (avec certaines démarches thérapeutiques, les analyses de pratiques, la méditation...). En tant que chercheur, nous pouvons effectuer des inférences au cours d'entretiens pour saisir une part de la réalité identitaire du sujet, mais la totalité restera insaisissable pour le chercheur et pour le sujet lui-même. Nous devons donc accepter qu'une partie de la conscience du Soi reste inconsciente. En appliquant ce modèle théorique à notre population d'étude, nous sommes plus à même d'évaluer l'ancrage identitaire dans le présent qui nous semble manquant dans la transaction subjective de Dubar (2010). Cependant en utilisant uniquement ce modèle théorique, nous nous privons d'une partie du processus biographique reliant les identités héritées aux identités investies dans le présent. C'est pourquoi nous avons fait le choix après l'analyse du questionnaire, de combiner ces deux modèles théoriques afin de concevoir et d'analyser la partie qualitative de notre recherche.

Après avoir traité les limites perçues de notre travail de recherche, nous allons à présent développer les perspectives d'évolution identitaire des formateurs IFSI au regard du processus d'universitarisation des formations paramédicales.

2. Perspectives d'évolution identitaire des formateurs IFSI

2.1. Vers une double déségmentation professionnelle pour les formateurs IFSI ?

Nous avons analysé précédemment que les cadres de santé formateurs et les cadres de santé managers constituent deux segments professionnels (Bucher & Strauss, 1992) au sein du groupe professionnel des cadres de santé de par leurs identités et leurs activités prévalentes de travail distinctes. Nous avons également examiné la formation des CDS depuis ses origines à ce jour. Originellement séparées lors de la création du CAFIS et du CAFIM en 1958, les fonctions d'infirmier-surveillant et d'infirmier-moniteur ont été réunies dans une formation commune en 1975 conduisant au CCI. Puis cette volonté d'unification s'est poursuivie en 1995 avec le diplôme de CDS, qui regroupe encore actuellement l'ensemble des formations paramédicales, tout en maintenant une formation commune aux fonctions de management et de formation. Ainsi cette même formation permet à ce jour d'exercer deux métiers différents : celui d'encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales et celui de formateur des professionnels de santé. Le processus d'universitarisation des formations paramédicales conduirait à une séparation des deux formations (Allal *et al.*, 2017 ; Le Bouler, 2018) et marquerait ainsi la fin de la polyvalence entre ces deux professions paramédicales de manager et de formateur. La formation et le titre de cadre de santé seraient alors réservés aux cadres de proximité ayant une activité de management. Pour devenir formateur IFSI, il serait alors nécessaire d'être titulaire d'un diplôme universitaire de niveau I, master et doctorat. Les deux segments du groupe professionnel des cadres de santé sont donc certainement amenés à se séparer pour donner lieu à deux groupes professionnels distincts, comme à l'époque du CAFIS et du CAFIM, provoquant ainsi la déségmentation de ce groupe professionnel des cadres de santé.

Sur ce sujet, les deux tiers des formateurs IFSI entretenus pensent que le diplôme de cadre de santé n'est pas nécessaire pour être formateur IFSI, tandis que quatre d'entre eux n'expriment pas d'avis sur ce point. Tout comme le processus d'universitarisation des formations paramédicales, la réingénierie de la formation des CDS est perçue de façon floue. Cette séparation des formations de managers et de formateurs et ses conséquences au

niveau de l'exercice professionnel, ne semblent pas affecter globalement les formateurs IFSI interrogés. Toutefois ils sont pour la plupart titulaires du diplôme de CDS et ne seront pas directement concernés par un possible retour en arrière avec deux formations distinctes de formateur et de manager. En effet, leur diplôme actuel de CDS leur octroiera encore la possibilité de développer un projet de Soi pour soi (Kaddouri, 2002) vers le management dans une dynamique de transformation identitaire (*Ibid.*).

La création, par le décret du 30 octobre 2019, de trois nouvelles sections dont les sciences infirmières au sein du CNU-Santé, suivie par la nomination de ses membres par l'arrêté du 6 décembre 2019, entrainera le recrutement d'enseignants-chercheurs dans la discipline des sciences infirmières. Ce faisant nous assisterons alors conjointement à ce qui nous apparaît à première vue comme une segmentation du groupe professionnel des formateurs IFSI. Jusqu'à maintenant, ce groupe est relativement homogène avec des personnes présentant toutes une identité héritée infirmière et majoritairement un diplôme de cadre de santé. Seuls les formateurs avec un statut de faisant-fonction de CDS ne sont pas encore titulaires du diplôme de CDS, mais ce statut se veut transitoire.

À ce niveau statutaire de l'universitarisation (Bourdoncle, 2009), nous assisterons probablement à une évolution analogue à celle observée dans les IUFM où « on attend que le temps fasse son œuvre et envoie en retraite ces enseignants souvent anciens » (*Ibid.*, p. 26). Ceci aura pour conséquence directe de retarder le recrutement d'enseignants-chercheurs, mais au regard du faible nombre d'infirmiers titulaires d'un doctorat en France (133 recensés en 2018 (Gautier *et al.*, 2018)), cela ne sera pas un problème à court terme. L'alternative québécoise (Bourdoncle, 2009), où ne sont conservés que les personnels pouvant s'engager rapidement en doctorat et ceux ayant des attributions que ne peuvent ou ne veulent pas assurer les universitaires, n'est pas envisageable pour les raisons évoquées ci-dessus. Ainsi dans les IFSI cohabiteront différents segments du groupe professionnel des formateurs IFSI : des enseignants-chercheurs en sciences infirmières avec ou non une expérience professionnelle infirmière, des infirmiers formateurs titulaires d'un master et des infirmiers formateurs sans diplôme universitaire.

Pour autant pouvons-nous considérer les enseignants-chercheurs qui exerceront en IFSI comme un segment du groupe professionnel des formateurs IFSI, ou davantage comme un segment appartenant à un groupe professionnel distinct, celui des enseignants-chercheurs ? Quelles conséquences pourraient avoir ces segmentations/désegmentations sur les dynamiques identitaires des actuels formateurs IFSI ?

2.2. Vers des dynamiques de gestation identitaire des formateurs IFSI ?

En analysant les entretiens effectués, nous avons relevé un lien entre la présence ou l'absence d'une identité héritée (Dubar, 2010) infirmière forte et la dynamique identitaire (Kaddouri, 2002) du formateur IFSI interrogé. Ainsi quand l'identité héritée infirmière était peu présente dans l'identité investie dans le présent (Gravé, 2002), nous avons observé une dynamique de continuité identitaire (Kaddouri, 2002) de formateur avec le plus fréquemment un projet d'entretien de Soi (*Ibid.*) dans la fonction de formateur. À l'inverse, quand l'identité investie dans le présent s'inscrivait fortement dans l'identité héritée infirmière, quand la conversion identitaire entre la profession d'infirmier et celle de formateur n'était pas effective, cela se traduisait le plus souvent par une dynamique de transformation identitaire (*Ibid.*) avec un projet de Soi pour soi préférentiellement orienté vers une fonction de management de proximité. Nous avons également remarqué que ces formateurs IFSI, qui s'inscrivaient dans une dynamique de transformation identitaire, se sentaient davantage menacés par le processus d'universitarisation des formations paramédicales. Ce dernier pouvait alors devenir un facteur déterminant dans l'élaboration du projet de Soi pour soi en engendrant une rupture dans le processus biographique (Dubar, 2010) entre l'identité investie dans le présent de formateur IFSI et une identité visée (*Ibid.*) différente. Quelles évolutions pour les dynamiques identitaires des formateurs IFSI pouvons-nous en déduire en lien avec la poursuite du processus d'universitarisation et la création de la discipline des sciences infirmières (décret du 30 octobre 2019) conduisant à l'ouverture de postes d'enseignants-chercheurs dédiés ?

Pour les formateurs IFSI qui présentent une dynamique de transformation identitaire et déclarent le plus souvent conjointement une identité héritée infirmière forte, avec une tendance à se sentir davantage menacés par le processus d'universitarisation, leur dynamique devrait être confortée par l'accélération de ce dernier. Cette orientation professionnelle vers une fonction managériale est rendue possible actuellement par l'existence d'un diplôme commun de cadre de santé aux fonctions de management et de formation. Le rapprochement avec les personnes soignées en devenant (ou en redevenant) cadre de proximité permet-il alors de mieux accorder l'identité héritée infirmière persistante avec l'identité investie dans le présent ?

Pour les formateurs IFSI qui se situent dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi et verbalisent le plus souvent ne plus se sentir infirmiers, leur dynamique devrait évoluer pour un temps vers une dynamique de gestation identitaire avec un projet de redéfinition de Soi (Kaddouri, 2002). L'issue de cette gestation identitaire sera probablement conditionnée en grande partie au fait de s'engager ou non dans un projet de doctorat. Certains formateurs IFSI ne s'engageront probablement pas dans un doctorat pour diverses raisons : projets de Soi pour autrui (*Ibid.*) empêchant ce projet de Soi pour soi, conflit entre le projet de Soi pour soi dans la dimension professionnelle et les autres projets de Soi dimensionnels du projet de Soi global, proximité de la retraite, non possession d'un master... Ces formateurs IFSI maintiendront leur dynamique de continuité identitaire actuelle avec un projet d'entretien de Soi ou développeront une dynamique de transformation probablement exogène avec une possible identité visée de cadre de santé manager. D'autres formateurs IFSI s'inscriront dans un doctorat, mais pouvons-nous alors qualifier cet engagement de continuité identitaire ? Cela nous semble davantage révéler une dynamique de transformation identitaire endogène où la personne envisage de rester dans le même secteur d'activité professionnelle en visant une promotion. Devons-nous alors considérer les enseignants-chercheurs qui exerceront en IFSI comme un segment du groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des formateurs IFSI ou davantage comme un segment appartenant à un groupe professionnel distinct, celui des enseignants-chercheurs ? Le statut des enseignants-chercheurs sera différent de celui des autres formateurs IFSI. Au-delà du temps alloué à leur activité de recherche, qui entraînera inévitablement une activité professionnelle différente (et donc des identités assumées distinctes), ils ne dépendront plus du Ministère des Solidarités et de la Santé mais du Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Comme tous les enseignants-chercheurs mono-appartenants, ils n'auront alors plus de lien hiérarchique avec les directions de leur composante (ici l'IFSI) et seront uniquement évalués par leurs pairs enseignants-chercheurs. Pour ces différentes raisons, il nous semble que les futurs enseignants-chercheurs en sciences infirmières ne feront plus partie du même groupe professionnel que les autres formateurs IFSI ; ils seraient alors davantage un segment professionnel du groupe des enseignants-chercheurs qu'un segment professionnel du groupe des formateurs IFSI.

Nous allons à présent envisager les conséquences de ces futures déségmentations du groupe professionnel des formateurs IFSI, à travers le développement de la recherche infirmière censée être génératrice de nouveaux savoirs.

2.3. Vers le développement des sciences infirmières ?

Lors de l'universitarisation d'une formation professionnelle, Barrère & Legrand (2009) relèvent une tension entre les savoirs universitaires et les savoirs professionnels issus de l'expérience. Originellement les formations professionnelles sont davantage reproductrices que créatrices de savoirs, tout en visant également le développement d'un savoir-être (attitudes, valeurs, éthique) et d'un savoir-faire (Bourdoncle & Lessard, 2003). L'universitarisation d'une formation professionnelle entraîne la disciplinarisation de ses savoirs, « c'est-à-dire leur élaboration selon les règles de construction du savoir admises dans la communauté disciplinaire » (Bourdoncle, 2007, p. 141). Les tensions entre la théorie et la pratique deviennent alors inévitables comme nous avons pu le percevoir dans les propos des formateurs IFSI interrogés. Elles se situent entre la « rigueur qu'exige la construction de nouveaux savoirs en contexte universitaire, même s'ils sont sans intérêt pratique, et la pertinence, qui valide les savoirs et compétences mobilisées non par leur rigueur, mais par leur capacité à résoudre les problèmes pratiques posés » (*Ibid.*, p. 144). Ces tensions sont majorées par les conséquences au niveau statutaire des personnels de formation des institutions de formation d'origine, confrontés à un nouveau statut dominant d'enseignant-chercheur nécessitant un doctorat pour y accéder.

Par leur statut, les enseignants-chercheurs en sciences infirmières auront une double mission d'enseignement et de recherche, à laquelle aurait pu s'ajouter une activité clinique si l'option de bi-appartenance avait été retenue. Pour ce faire, ils bénéficieront d'un temps pour la recherche que n'auront pas les autres formateurs IFSI, ce qui pourra sans doute contribuer au maintien du clivage entre les savoirs théoriques et les savoirs pratiques.

Notre recherche a montré que les compétences en recherche n'étaient pas perçues spontanément comme importantes par les formateurs IFSI eux-mêmes. Dans l'enquête quantitative, les compétences dans le domaine de la recherche, bien que qualifiées d'importantes par 62,1 % des répondants, sont parmi celles (avec les compétences liées à la démarche qualité) qui sont le moins jugées importantes pour être formateur IFSI (9,2 % les jugeant d'ailleurs peu importantes). Au cours des entretiens, aucune personne ne les a citées quand nous interrogeons les compétences jugées primordiales du formateur IFSI.

L'enjeu pour le développement des sciences infirmières se situe dans l'instauration d'une dynamique de recherche au niveau des formateurs IFSI, qui ne jugent pas celle-ci pour le moment indispensable à leur activité professionnelle. Le faible nombre d'infirmiers docteurs

en France, associé à un temps de formation au doctorat long, amènera pendant un certain temps les enseignants-chercheurs en sciences infirmières à être minoritaires dans les IFSI parmi l'ensemble des formateurs IFSI. Ceci ralentira probablement le développement des activités de recherche et la création de nouveaux savoirs infirmiers, tout en maintenant encore durablement le clivage entre les savoirs académiques et les savoirs professionnels. Comment alors développer les sciences infirmières avec un réservoir de chercheurs potentiels si réduit ?

Peut-être en se tournant vers d'autres disciplines universitaires et en facilitant la qualification en sciences infirmières aux chercheurs issus d'autres disciplines (médicales, sciences de l'éducation, sociologie, etc.), sans nécessité préalable d'avoir exercé la profession infirmière ? Les résultats issus de l'enquête quantitative révèlent que 94 % des répondants estiment nécessaire d'être ou d'avoir été infirmier/infirmière pour être formateur/formatrice IFSI. L'analyse des entretiens a confirmé cette opinion en la nuanciant cependant : tous les formateurs IFSI interviewés (à une exception près) pensent qu'il est indispensable d'avoir exercé en tant qu'infirmier avant d'être formateur IFSI, mais certains affirment que cela n'est cependant pas nécessaire pour tous les formateurs. Selon eux, certains enseignements qui ne sont pas directement en lien avec l'exercice infirmier peuvent être dispensés par des formateurs n'ayant pas exercé la profession infirmière. Cette ouverture vers d'autres disciplines universitaires et surtout vers des enseignants-chercheurs non issus de la profession infirmière (rappelons qu'actuellement les infirmiers docteurs sont docteurs dans d'autres disciplines universitaires que les sciences infirmières) augmenterait sans doute encore cet écart entre les savoirs académiques et les savoirs professionnels.

Nous voyons donc les tensions présentes relatives au développement des sciences infirmières, entre accepter un processus long tout en gardant l'exercice infirmier préalable indispensable ou accélérer ce processus en rendant accessibles les sciences infirmières à des enseignants-chercheurs n'ayant pas de passé infirmier, mais en prenant alors le risque de maintenir, voire d'agrandir le clivage entre les savoirs théoriques et les savoirs pratiques.

Une solution aurait pu être un statut de bi-appartenance pour les enseignants-chercheurs en sciences infirmières qui aurait permis d'associer, sur le modèle médical, la dimension de la pratique des soins aux dimensions de recherche et d'enseignement. Ainsi l'écart entre les savoirs académiques et les savoirs professionnels aurait pu être, pour le moins, réduit. Mais ce choix entre un statut de mono ou de bi-appartenance, pour les enseignants-chercheurs en sciences infirmières, s'est effectué avec un « parti pris de pragmatisme » (Richard & Le Bouler, 2019, p. 11). Plusieurs raisons ont justifié ce choix. Tout

d'abord, le statut de bi-appartenance (avec bien souvent une quatrième dimension managériale) n'est pas toujours bien vécu par les personnels hospitalo-universitaires. Ensuite le choix d'un statut de bi-appartenance pour ces enseignants-chercheurs aurait été plus chronophage encore que le choix effectué de la mono-appartenance, qui a nécessité dix mois pour être mis en place. Enfin les formateurs IFSI sont actuellement détachés de toute activité clinique et ce, pour certains, depuis un certain nombre d'années (environ une dizaine d'années d'ancienneté en moyenne dans cette fonction de formation pour les répondants à notre enquête quantitative). De plus notre enquête qualitative a montré que les formateurs IFSI qui s'inscrivaient dans une dynamique de continuité identitaire avec un projet d'entretien de Soi (Kaddouri, 2002), en déclarant ne plus se sentir infirmiers, présentaient une identité héritée (Dubar, 2010) infirmière peu persistante. Nous nous rendons compte que même si un statut de bi-appartenance émergeait d'ici quelques années, les formateurs IFSI actuels qui présentent une dynamique de continuité identitaire pourraient se montrer réticents à l'idée de retrouver une activité clinique infirmière devenue lointaine. Ainsi la réduction de l'écart entre les savoirs académiques et les savoirs professionnels ne nous paraît pas proche.

Cependant l'arrivée « des savoirs académiques dans la compétence infirmière » (Noël-Hureaux, 2012, p. 10) pourrait favoriser « la revalorisation du métier en rendant lisible des savoirs infirmiers davantage formalisés » (*Ibid.*), ce qui aurait un impact positif sur la reconnaissance professionnelle des infirmiers et, également sur celle des formateurs IFSI. Nous allons à présent nous interroger sur le retentissement des différents éléments évoqués précédemment (segmentation/désegmentation du groupe professionnel des formateurs IFSI et ses conséquences sur les dynamiques identitaires, développement des sciences infirmières), découlant du processus d'universitarisation des professions paramédicales, au niveau de la reconnaissance professionnelle des formateurs IFSI.

2.4. Vers la reconnaissance professionnelle ?

Suite à l'analyse de l'enquête quantitative, nous avons qualifié la reconnaissance professionnelle des formateurs IFSI d'incertaine. Le jugement d'utilité (Dejours, 2003) des subordonnés (ici les étudiants) et des supérieurs hiérarchiques semblait positif vis-à-vis des indicateurs posés (image perçue de l'activité professionnelle et relations à autrui), mais le jugement de beauté (*Ibid.*) se révélait moins affirmatif, notamment en ce qui concerne les

cadres de santé managers. Toutes les relations professionnelles proposées ont majoritairement été qualifiées par les formateurs IFSI interrogés de bonnes, voire de très bonnes (dans le cas des relations avec les ESI). Nous avons également remarqué que l'image qu'ils percevaient de leur activité professionnelle par leurs différents collaborateurs était moins positive dès lors que ces derniers exerçaient à l'extérieur de leur IFSI (notamment les intervenants extérieurs universitaires et les cadres de santé managers). Lors de l'enquête qualitative, les formateurs interrogés disaient globalement se sentir reconnus professionnellement par leurs collaborateurs. Leur jugement d'utilité était globalement positif, surtout vis-à-vis des ESI. Le jugement de beauté était positivement perçu chez leurs collègues formateurs et chez les collaborateurs extérieurs à l'IFSI, en particulier les cadres de santé de proximité. Dans la lignée des résultats de l'enquête quantitative, le jugement de beauté, tout en étant à un niveau moindre que le jugement d'utilité, restait néanmoins globalement positif. Contrairement à l'enquête quantitative, nous ne retrouvons pas une reconnaissance moindre à l'extérieur des IFSI. Mais la reconnaissance institutionnelle était très peu présente dans les discours des formateurs IFSI, qui percevaient le rapport de force qui s'exerce entre les deux segments professionnels du groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des cadres de santé clairement en leur défaveur. Au sein du groupe professionnel des cadres de santé, ils ne percevaient pas leur segment professionnel aussi bien reconnu par leur institution que celui des cadres de santé managers.

Par ailleurs, la possession d'un master, recommandé pour être formateur IFSI, n'est pas reconnue financièrement et ne permet pas toujours à ses titulaires une reconnaissance institutionnelle, ni même pédagogique au sein de leur IFSI. Ce même constat était partagé par plusieurs formatrices IFSI titulaires d'un doctorat qui, se sentant peu considérées institutionnellement et pédagogiquement, percevaient une méconnaissance de leurs compétences et une faible utilisation de celles-ci dans le cadre de l'universitarisation (Billot, A., Dabron, M., Duboc, A., Fior, S., Picot, G. & Fortuna, C. M., 2013). Nous pouvons supposer que l'évolution sera lente à travers le témoignage de Marie, formatrice IFSI doctorante, qui ne se sent pas reconnue en tant que telle dans son institution. Comment seront perçus les enseignants-chercheurs qui d'ici quelques temps exerceront en IFSI ? Quelles conséquences pourrait avoir le processus d'universitarisation des formations paramédicales au niveau de la reconnaissance professionnelle des futurs enseignants-chercheurs en sciences infirmières et des autres formateurs IFSI ?

Pour les futurs enseignants-chercheurs, le diplôme de doctorat devrait faciliter leur reconnaissance professionnelle, tout du moins au sein des IFSI. De par leur statut, ils s'éloigneront des institutions et directions hospitalières, alors la comparaison en leur défaveur

avec les cadres de santé managers deviendra théoriquement caduque. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur leur place dans les universités où ils seront minoritaires, comme dans leurs composantes. Leurs postes seront probablement créés au détriment de postes dans d'autres disciplines et leur petit nombre les contraindra certainement à s'intégrer dans des laboratoires qui ne seront pas spécifiquement dédiés aux sciences infirmières. Un risque important serait alors de se retrouver, à nouveau, sous le giron médical après des décennies à tenter de s'en émanciper ; dès lors la reconnaissance universitaire deviendrait beaucoup plus incertaine. Ces enseignants-chercheurs en sciences infirmières se situeront à l'interface des deux univers de la santé et de l'enseignement supérieur et ils auront à faciliter le lien entre ceux-ci, tout en tentant de trouver leur place et leur légitimité dans ces deux endroits.

Pour les autres formateurs, qui feront le choix de rester en IFSI sans s'engager dans un doctorat, la reconnaissance professionnelle devrait être également impactée par le processus d'universitarisation des formations paramédicales. Ils seront confrontés à l'arrivée d'enseignants-chercheurs et auront par conséquent un statut sans doute dévalorisé, qui les amènera à s'occuper d'aspects non privilégiés par les universitaires (relations avec les terrains, suivis de stage, gestion administrative...). Par ailleurs, ils resteront éloignés du terrain de la pratique et par conséquent leur segment professionnel (Bucher & Strauss, 1992) demeurera certainement moins reconnu que celui des cadres de santé managers. En France notamment, les enseignants-chercheurs et les professionnels sont les deux seuls acteurs de la formation reconnus dans les formations universitaires professionnalisantes au détriment des formateurs (Baillat, 2010). Les enseignants-chercheurs acquièrent leur légitimité par leur proximité avec la recherche, tandis que les professionnels l'obtiennent de « leur proximité avec le terrain d'exercice de la professionnalité visée » (*Ibid.*, p. 36). Dès lors la légitimité des formateurs IFSI et la reconnaissance professionnelle inhérente seront très probablement impactées négativement par la poursuite et la conclusion du processus d'universitarisation des formations paramédicales.

CONCLUSION

Arrivé au terme de ce travail, nous allons brièvement revenir sur notre parcours théorique et méthodologique ainsi que sur les principaux résultats issus de cette recherche. Puis nous évoquerons quelques perspectives d'ordre identitaire avant d'envisager la poursuite de ce travail.

Ce travail de recherche, qui s'intéresse aux évolutions identitaires de formateurs qui forment des personnes à leur ancienne profession à travers l'exemple des infirmiers devenus formateurs IFSI, a rencontré au cours de sa réalisation une accélération massive du processus d'universitarisation des formations paramédicales. Son questionnement principal se rapporte à l'impact du processus d'universitarisation des formations paramédicales et de l'identité héritée infirmière sur les dynamiques identitaires et sur la reconnaissance professionnelle des formateurs IFSI.

Le cadre théorique de cette recherche s'est principalement construit à partir du modèle de la double transaction de Claude Dubar (2010), auquel nous avons associé les dynamiques identitaires et les projets de Soi de Mokhtar Kaddouri (2002). Cette association nous a permis d'introduire la dimension présente dans le processus biographique, qui nous est apparue nécessaire pour traiter la question de la continuité ou de la rupture de l'identité héritée infirmière dans le processus biographique des formateurs IFSI.

Notre méthodologie est constituée de deux démarches complémentaires : une démarche quantitative suivie d'une démarche qualitative. En l'absence de données précises concernant les formateurs IFSI, l'enquête par questionnaire avait pour objectifs de décrire cette population, puis d'élaborer une ébauche des profils des formateurs IFSI. Ensuite l'enquête par entretien, qui s'inscrivait dans une visée davantage compréhensive (Kaufmann, 2007) en accédant aux logiques internes des individus, nous a permis de saisir le sens que les formateurs IFSI donnent à leurs trajectoires professionnelles à travers leur projet de Soi pour soi (Kaddouri, 2002), leurs activités et leurs relations à autrui (notamment en termes de reconnaissance).

Lors de l'enquête quantitative, les formateurs IFSI avaient majoritairement (près de quatre formateurs sur cinq) déclaré la présence d'une identité héritée (Dubar, 2010) infirmière forte dans leur identité investie dans le présent (Gravé, 2002). Tout en étant formateurs, ils se sentaient encore fortement infirmiers. L'enquête qualitative est venue nuancer ce résultat et nous a permis de mettre en évidence le lien existant, chez les formateurs IFSI interrogés, entre la présence ou l'absence d'une identité héritée infirmière forte et leur dynamique identitaire (Kaddouri, 2002), ainsi que l'impact possible du processus d'universitarisation des formations paramédicales à ce niveau. Nous avons relevé que les formateurs IFSI présentant une

dynamique de transformation identitaire (*Ibid.*), avec un projet de Soi pour soi souvent orienté vers une fonction de management de proximité, déclarent une identité héritée infirmière forte dans leur identité investie dans le présent. Ils se sentent encore infirmiers et la conversion identitaire entre la profession d'infirmier et celle de formateur ne semble pas effective. Et inversement pour les formateurs IFSI qui présentent une dynamique de continuité identitaire (*Ibid.*) de formateur, avec le plus souvent un projet d'entretien de Soi dans la fonction de formateur, l'identité héritée infirmière semble peu persistante dans leurs discours. Nous avons également relevé que les formateurs IFSI qui s'inscrivent dans une dynamique de transformation identitaire se sentent davantage menacés par le processus d'universitarisation. Ce qui amène l'hypothèse que ce dernier puisse être un facteur déterminant pour certains formateurs IFSI dans l'élaboration de leur projet de Soi pour soi.

Nous pouvons affirmer à travers les deux enquêtes de terrain menées que les formateurs IFSI se sentent globalement reconnus individuellement, indépendamment de la présence ou de l'absence d'une identité héritée infirmière forte. Nous avons rencontré à de nombreuses reprises, dans les discours des formateurs IFSI, une stratégie identitaire (Kaddouri, 2019a) consistant à utiliser leur passé d'infirmier et/ou de cadre de santé manager pour atteindre la reconnaissance professionnelle avec (ou malgré) leur identité actuelle de formateur IFSI, particulièrement chez les formateurs dont les discours révèlent une identité héritée infirmière forte. Mais cette stratégie identitaire est également visible chez des formateurs dont l'identité investie dans le présent s'inscrit en rupture avec leur identité héritée infirmière. Enfin, la reconnaissance institutionnelle est très peu présente dans les discours des formateurs IFSI qui perçoivent le rapport de force entre les deux segments du groupe professionnel (Bucher & Strauss, 1992) des cadres de santé largement en faveur des cadres de santé managers.

L'arrivée prochaine d'enseignants-chercheurs dans les IFSI marquera une nouvelle étape du processus d'universitarisation des formations paramédicales et amènera des perspectives d'évolution identitaire nouvelles pour les formateurs IFSI. Après la déségmentation programmée du groupe professionnel des cadres de santé, nous assisterons sans doute à une déségmentation au niveau des formateurs IFSI avec des formateurs IFSI titulaires d'un doctorat qui rejoindront le groupe professionnel des enseignants-chercheurs. Nous pouvons également nous interroger sur les conséquences au niveau de la reconnaissance professionnelle de ces néo-enseignants-chercheurs et des autres formateurs IFSI, qui ne pourront ou ne voudront pas s'engager dans un doctorat. Ce questionnement inhérent à l'engagement en doctorat entraînera très probablement des dynamiques de gestation identitaire avec un projet de redéfinition de Soi (Kaddouri, 2002). Enfin un des enjeux

majeurs de l'universitarisation des formations infirmières se situera au niveau du développement des sciences infirmières où il faudra que les enseignants-chercheurs en sciences infirmières produisent de nouveaux savoirs. Or le nombre actuel d'infirmiers titulaires d'un doctorat est très limité. Comment alors développer les sciences infirmières avec un réservoir de chercheurs potentiels si réduit ?

Nous avons fait le choix ici d'accéder aux identités professionnelles des individus dans une logique discursive en considérant, comme Dubar (2006) et Ricœur (1985), que le récit et la narration restent le meilleur moyen d'accéder aux identités. Il nous paraît indéniable que les trajectoires biographiques ne peuvent être révélées chez les individus qu'à travers leur discours. Cependant cette logique discursive pourrait être complétée par d'autres modalités, qui pourraient rendre davantage objectives et précises les identités assumées à travers l'activité réelle du travail. Nous pensons notamment à la clinique de l'activité (Clot, 2006) et aux entretiens d'auto-confrontation simple ou croisée (Clot & Faïta, 2000), qui en découlent.

BIBLIOGRAPHIE

Agulhon, C. (2007). La professionnalisation à l'Université, une réponse à la demande sociale ?. *Recherche et formation*, 54, 11-27.

Allal, P., Debeauvais, J., Elshoud, S., Essid, A. & Thomas, F. (2017, juin). *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de la santé*. Inspection Générale de l'Administration, de l'Éducation Nationale et de la Recherche & Inspection Générale des Affaires Sociales.

Allègre, C., Berlinguer, L., Blackstone, T. & Ruetters, R. (1998, 25 mai). *Déclaration de la Sorbonne : Harmoniser l'architecture du système européen d'enseignement supérieur*. Paris, France. En ligne http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/1998_Sorbonne/61/6/1998_Sorbonne_Declaration_French_552616.pdf.

Allin, A.-C. (2014). Suisse : Formation Bachelor. *Recherche en soins infirmiers*, 119(4), 63-65.

Baillat, A., Emprin, F. & Ramel, F. (2016). Des mots et des discours : du quantitatif au qualitatif. In G. Devin (dir.), *Méthodes de recherche en relations internationales* (pp. 227-246). Paris : Presses de Sciences Po.

Baillat, G. (2010). L'évolution des formations universitaires professionnalisantes : Quels modèles ? Quels acteurs ?. *Spirale – Revue de recherches en éducation*, 46, 31-41.

Balleux, A. & Perez-Roux, T. (2013). « Transitions professionnelles ». *Recherche et formation*, 74, 101-114.

Barbier, J.-M. (1996). De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation. *Education permanente*, 128(3), 11-26.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu* (2^e éd. Quadrige). Paris : Presses Universitaires de France.

Barrère, A. (2003). *Travailler à l'école : que font les élèves et les enseignants du secondaire ?*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Barrère, A. & Legrand, G. (2009). La formation professionnelle universitaire des enseignants. *Recherche et formation*, 60, 5-11.

Barrows, H. S. (1996). Problem-based learning in medicine and beyond: a brief overview. *New directions for teaching and learning*, 68, 3-12.

Baszanger, I. (1992). Introduction : les chantiers d'un interactionnisme américain. In A. Strauss, *La trame de la négociation : sociologie quantitative et interactionnisme* (pp. 11-63). Paris : L'Harmattan. (Œuvre originale publiée en 1961).

Bender, T. (2012). *Historique de la profession des infirmiers en psychiatrie*. En ligne <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/historique-de-la-profession-des-infirmiers-en-psychiatrie.html>.

Benque, B. (2017, 3 avril). *Formation des cadres de santé : vers un Y majuscule ?*. En ligne <https://www.cadredesante.com/spip/infos/article/formation-des-cadres-de-sante-vers-un-y-majuscule>.

Berger, P. & Luckmann, T. (2018). *La construction sociale de la réalité* (P. Taminioux & D. Martucelli, Trad.). Paris : Armand Colin. (Œuvre originale publiée en 1966).

Billot, A., Dabrion, M., Duboc, A., Fior, S., Picot, G. & Fortuna, C. M. (2013). L'universitarisation de la profession infirmière en France. *Soins*, 773, 15-17.

Blanchet, A. & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2è éd.). Paris : Armand Colin.

Blin, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : L'Harmattan.

Boissart, M. (2017). *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation : ingénieries, enjeux et défis de professionnalisations*. Noisy-le-Grand : SETES éditions.

Bouchayer, F. (1984). Médecins et puéricultrices de protection maternelle et infantile : la recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelle. *Revue française de sociologie*, 25(1), 67-90.

Boucher, C. (1988). Du gardien d'asile à l'infirmier psychiatrique. In M.-F. Collière & E. Diébolt, *Pour une histoire des soins et des professions soignantes* (pp. 159-185). Sainte-Foy-lès-Lyon : Association des amis de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur.

Boudier, C. (2005). *Le métier de formateur en soins infirmiers : évolutions et perspectives*. Paris : Seli Arslan.

Boudier, C. (2006). Introduction, l'évolution du métier de formateur. In : N. Loraux & C. Sliwka (dir.), *Formateurs et formation professionnelle : l'évolution des pratiques, tome 2* (pp. XIX-LII). Rueil-Malmaison : Lamarre.

Boudier, C. (2012). *Les formateurs en soins infirmiers : des cadres mis au défi*. Paris : Seli Arslan.

Bourdieu, P. (1974). Avenir de classe et causalité du problème. *Revue française de sociologie*, 15(1), 3-42.

Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Minuit.

Bourdoncle, R. (1991). La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines, *Revue française de pédagogie*, 94, 73-91.

Bourdoncle, R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et formation*, 35, 117-132.

Bourdoncle, R. (2007). « Universitarisation ». *Recherche et formation*, 54, 135-149.

Bourdoncle, R. (2009). L'universitarisation. Structures, programmes et acteurs. In R. Étienne (dir.), *L'université peut-elle vraiment former les enseignants : Quelles tensions ? Quelles modalités ? Quelles conditions ?* (pp. 17-28). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Bourdoncle, R. & Lessard, C. (2003). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Les caractéristiques spécifiques : programmes, modalités et méthodes de formation. *Revue française de pédagogie*, 142, 131-181.

Bourdoncle, R. & Malet, R. (2007). Nouveaux cursus, nouveaux diplômes : la formation professionnelle des formateurs à l'Université. *Recherche et formation*, 54, 5-10.

Bourgeon, D. (dir.). (2012). *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail : une position difficile entre soins et management*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Bourgeon, D. (2014). *Le modèle infirmier : engagement et identité*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Bourgeon, D. (dir.). (2015). *Faire fonction de cadre de santé*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Boutinet, J.-P. (1995). *Psychologie de la vie adulte*. Paris : Presses Universitaires de France.

Brubaker, R. (2001). Au-delà de l' « identité ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 139(4), 66-85.

Brun J.-P. & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, 30(2), 79-88.

Bucher, R. & Strauss, A. (1992). La dynamique des professions (J.-M. Chapoulie, Trad.). In A. Strauss, *La trame de la négociation : sociologie quantitative et interactionnisme* (pp. 67-86). Paris : L'Harmattan. (Œuvre originale publiée en 1961).

Buzyn, A. & Vidal, F. (2017, 1^{er} septembre). *Formations paramédicales et de maïeutique dans l'université : Agnès Buzyn et Frédérique Vidal lancent une mission*. Ministère des Solidarités et de la Santé & Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. En ligne <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid29939-cid119537/formations-paramedicales-et-de-maieutique-dans-l-universite-agnes-buzyn-et-frederique-vidal-lancent-une-mission.html>.

Casteran Sacreste, B. (2016). La formation aux professions de la santé en 2014. *Document de travail, Série statistiques, DREES, 198*. En ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-198.pdf>.

Cefai, D. (dir.). (2003). *L'enquête de terrain*. Paris : Éditions La Découverte.

Chaptal, L. (1924, 15 janvier). La profession d'infirmière. *Revue des deux mondes*, XIX, 381-400.

Charle, C. & Verger, J. (2007). *Histoire des universités* (2^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

Charle, C. & Verger, J. (2012). *Histoire des universités : XII^e-XXI^e siècle*. Paris : Presses Universitaires de France.

Charles, G. (1979). *L'infirmière en France : d'hier à aujourd'hui*. Paris : Le Centurion.

Charpentier, M. & Pastol, N. (2012). Réingénierie de la formation des cadres de santé. *Soins Cadres*, 81, 57.

- Chauvier, S. (2004). La question philosophique de l'identité personnelle. In C. Halpern & J.-C. Ruano-Borbalan (dir.), *Identités(s) : l'individu, le groupe, la société* (pp. 25-32). Auxerre : Éditions Sciences Humaines.
- Chauvigné, C. & Coulet, J.-C. (2010). L'approche par compétences : un nouveau paradigme pour la pédagogie universitaire ? *Revue française de pédagogie*, 172, 15-28.
- Clot, Y. (2006). *La fonction psychologique du travail* (5^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail : concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Interéditions.
- Comité d'entente des formations infirmières et cadres. (2019). *L'intégration des formations en santé à l'université 2019–2022, tome 2*. En ligne <https://www.cefiec.fr/Document/Communication/11prop/1A1.pdf>.
- Conseil de l'Europe. (1997, 11 avril). *Convention sur la reconnaissance des qualifications relatives à l'enseignement supérieur dans la région européenne*. Lisbonne, Portugal. En ligne <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007f2de>.
- Corcuff, P. (2003). *Bourdieu autrement : fragilités d'un sociologue de combat*. Paris : Textuel.
- Coudray, M.-A. & Gay, C. (2009). *Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Currie, E.J. & Carr-Hill, R.A. (2013). What is a nurse? Is there an international consensus?. *International Nursing Review*, 60, 67-74.
- Dabryon, M. & Picot, G. (2017). *Terminologie liée à l'activité de formation en sciences infirmières*. Document non publié, RésIDoc.
- Damas-Agis, J. (1984). La formation des infirmiers de secteur psychiatrique d'hier et d'aujourd'hui. *Soins psychiatrie*, 46/47, 51-56.
- Davies, R. (2008). The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse education today*, 28, 935-942.

Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail, de la psychopathologie à la psychodynamique du travail* (2^e éd.). Paris : Bayard.

Dejours, C. (2002). La reconnaissance au travail. *Sciences humaines*, 131, 25-25.

Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : critique des fondements de l'évaluation*. Paris : Institut national de la recherche agronomique.

Desserprit, G. (2016). *Cadre de santé en 17 notions*. Paris : Dunod.

Destrebecq, A. (2014). Italie. *Recherche en soins infirmiers*, 119(4), 51-54.

Direction Générale de l'Offre de Soins. (2012). *Diplôme de cadre de santé. Référentiels d'activités et de compétences*. En ligne https://www.ifchureennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/Cadres_sante_Ref_activites_et_compences_apres_18_12_2012.pdf.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. (2016). *Effectifs des infirmiers*. En ligne <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. (2016). *Effectifs des infirmiers spécialisés*. En ligne <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>.

Divay, S. & Gadéa, C. (2012). Les cadres de santé à l'hôpital. In : D. Bourgeon (dir.), *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail* (pp. 27-54). Rueil-Malmaison : Lamarre.

Dubar, C. (1977). Formation continue et différenciations sociales. *Revue française de sociologie*, 18(4), 543-575.

Dubar, C. (1984). *La formation professionnelle continue en France, 1970-1980 : une évaluation sociologique*. Lille : ANRT.

Dubar, C. (dir.). (1987). *L'autre jeunesse : des jeunes sans diplôme dans un dispositif de socialisation*. Lille : Presses Universitaires de Lille.

Dubar, C. (1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, 33(4), 505-529.

Dubar, C. (1996). Usages sociaux et sociologiques de la notion d'identité. *Education permanente*, 128(3), 37-44.

- Dubar, C. (1998). Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel. In M. De Coster (dir.), *Traité de sociologie du travail* (pp. 385-401). Bruxelles : De Boeck université.
- Dubar, C. (2001). *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation* (2^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Dubar, C. (2004). Identités professionnelles : le temps du bricolage. In C. Halpern & J.-C. Ruano-Borbalan (dir.), *Identités(s) : l'individu, le groupe, la société* (pp. 141-146). Auxerre : Éditions Sciences Humaines.
- Dubar, C. (2006). *Faire de la sociologie : un parcours d'enquêtes*. Paris : Belin.
- Dubar, C. (2010). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* (4^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Dubar, C. & Tripier, P. (2005). *Sociologie des professions* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Dubet, F., Caillet, V., Cortéséro, Mélo, D. & Rault, F. (2006). *Injustices : l'expérience des inégalités au travail*. Paris : Seuil.
- Dubois Fresney, C. & Perrin, G. (2002). *Le métier d'infirmière en France* (3^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Duceux, Y. (2006). *Les éducateurs sportifs voile : dynamiques identitaires au travail et construction d'un monde pour Soi dans une activité professionnelle transitoire*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Nantes, Nantes.
- Durkheim, E. (1993). *Éducation et sociologie* (4^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Ehrenreich, B. & English, D. (2015). *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes soignantes* (L. Lame, Trad.). Paris : Cambourakis. (Œuvre originale publiée en 1973).
- Elias, N. (1991). *La société des individus* (J. Etoré-Lortholary, Trad.). Paris : Fayard. (Œuvre originale publiée en 1987).
- Erikson, E. (1978). *Adolescence et crise : la quête de l'identité* (J. Nass & C. Louis-Combet, Trad.). Paris : Flammarion. (Œuvre originale publiée en 1968).
- Erikson, E. (1982). *Enfance et société* (Trad. A. Tardinet). Paris : Delachaux et Niestlé. (Œuvre originale publiée en 1950).

- Fabre, M. (1994). *Penser la formation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fermon, B. & Grandjean, P. (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Paris : Dunod.
- Feroni, I. (2018). Le recrutement des cadres de santé : entre profession et intégration institutionnelle. Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 36(1), 65-70.
- Feroni, I. & Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, 46(3), 469-494.
- Filion, N. (2014). Belgique. *Recherche en soins infirmiers*, 119(4), 41-43.
- Fischer, G.-N. (2015). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (5^e éd.). Paris : Dunod.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique* (3^e éd.). Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir : naissance de la prison* (3^e éd.). Paris : Gallimard.
- Fourdrignier, M. (2018). *Cadres de santé : des métiers pour demain ?* Communication présentée au 4^{ème} rencontre inter-IFCS Grand-Est, Reims, France. En ligne https://www.researchgate.net/publication/324942796_CADRES_DE_SANTE_DES_METIERS_POUR_DEMAIN.
- Francfort, I., Osty, F., Sainsaulieu, R. & Uhalde, M. (1995). *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Fray, A.-M. & Picouleau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38(8), 72-88.
- Freud, S. (1996). *L'interprétation des rêves* (I. Meyerson, Trad.). Paris : Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1900).
- Freud, S. (1999). *Essais de psychanalyse* (A. Bourguignon, Trad.). Paris : Payot. (Œuvres originales publiées entre 1915 et 1923).
- Fumey, G. (1936). Rôle de la monitrice dans une école d'infirmières. *Revue de l'infirmière française*, 6, 219-224.

- Gachassin, B. (2013). *Université et professionnalisation : quels liens chez les étudiants en sciences de l'éducation ? Une approche par la théorie des représentations sociales*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Toulouse, Toulouse.
- Gadéa, C. (2019). Quelle sorte de cadres sont les cadres de santé ?. *Soins cadres*, 111, 14-17.
- Gaulejac, V. de. (2016). Identité. In J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Levy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie : Références et positions* (pp. 176-182). Toulouse : ERES.
- Gaulejac, V. de. & Taboada-Leonetti, I. (1994). *La lutte des places*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Gautier, J.-M., Aubac, M., Bentz, M., Lécordier, D. & Jovic, L. (2018, juin). *RésIDoc : compétences des membres du réseau des infirmiers docteurs en sciences* [communication par affiche]. 7^{ème} congrès mondial des infirmier(e)s francophones du Secrétariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone, Bordeaux.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1978). *Les enquêtes sociologiques : théories et pratique*. Paris : Armand Colin.
- Giesberger, P. (1994). Les premières écoles d'infirmier(e)s de l'Assistance Publique. *Soins psychiatrie*, 164/165, 43-50.
- Giust-Desprairies, F. (2002). Approche psychosociale clinique de l'identité. *Recherche et formation*, 41, 49-63.
- Glaser, B. & Strauss, A. (2017). *La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative* (K. Oeuvery & M.-H. Soulet, Trad.). Malakoff : Armand Colin. (Œuvre originale publiée en 1967).
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps* (A. Kihm, Trad.). Paris : Minuit. (Œuvre originale publiée en 1963).
- Gravé, P. (2002). *Formateurs et identités*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Grossetti, M. (2006). L'imprévisibilité dans les parcours sociaux. *Cahiers internationaux de sociologie*, 120(1), 5-28.

- Guillois, F. (2012). Aspects psychosociologiques de l'identité des cadres de santé. In : D. Bourgeon (dir.), *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail* (pp. 233-244). Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Gutnik, F. (2002). « Stratégies identitaires », « dynamiques identitaires ». *Recherche et formation*, 41, 119-130.
- Hameline, D. (1979). *Les objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue*. Paris : Éditions ESF.
- Hamilton, A. (1900). *Considérations sur les infirmières des hôpitaux*. Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Montpellier, Montpellier.
- Héraclite. (1987). *Fragments* (M. Conche, Trad.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Heref-Capelle, V. (2013, 31 mai). *Deuxième round pour la réingénierie de la formation des cadres*. En ligne <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/deuxieme-round-pour-la-reingenierie-de-la-formation-des-cadres.html>.
- Hugues, E. C. (1958). *Men and their Work*. Glencoe: The Free Press.
- Hugues, E. C. (1996). *Le regard sociologique : essais choisis* (J.-M. Chapoulie, Trad.). Paris : École des hautes études en sciences sociales.
- Jackson, C., Bell, L., Zabalegui, A., Palese, A., Sigurðardóttir, A. K. & Owen, S. (2009). A review of nurse educator career pathways; a European perspective. *Journal of research in nursing*, 14, 111-122.
- Jaeger, M. (2016). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin. *Vie sociale et traitements*, 131(3), 104-119.
- Jaeger, M. (2017a). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 3. La constitution d'une profession. *Vie sociale et traitements*, 133(1), 104-123.
- Jaeger, M. (2017b). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers. *Vie sociale et traitements*, 134(2), 109-126.
- Jeanguiot, N. (2006). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 87(4), 75-135.

Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique* (2^e éd.). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Jovic, L. (2012). L'Histoire pour connaître le passé, comprendre le présent et se projeter dans l'avenir. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 5-5.

Kaddouri, M. (1996). Place du projet dans les dynamiques identitaires. *Education permanente*, 128(3), 135-151.

Kaddouri, M. (1999). Innovations et dynamiques identitaires. *Recherche et formation*, 31, 101-112.

Kaddouri, M. (2002). Le projet de soi entre assignation et authenticité. *Recherche et formation*, 41, 31-47.

Kaddouri, M. (2003). La formation des adultes en entreprise : entre compétences et assignation identitaire. *Éducation et francophonie*, 30(1), 158-171.

Kaddouri, M. (2006). Dynamiques identitaires et rapports à la formation. In J.-M. Barbier, É. Bourgeois, G. de Villiers & M. Kaddouri (dir.), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation* (pp. 121-145). Paris : L'Harmattan.

Kaddouri, M. (2014). Dynamiques identitaires et singularisation des parcours dans les transitions socioprofessionnelles. *Sociologies pratiques*, 28(1), 15-18.

Kaddouri, M. (2019a). Les dynamiques identitaires : une catégorie d'analyse en construction dans le champ de la formation des adultes. *Savoirs*, 49(1), 13-48.

Kaddouri, M. (2019b). Dynamiques identitaires. In C. Delory-Momberger (dir.), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 66-69). Toulouse : ERES.

Kaddouri, M. (2019c). Transitions biographiques. In C. Delory-Momberger (dir.), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 183-186). Toulouse : ERES.

Kaufmann, J.-C. (2007). *L'entretien compréhensif* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.

Kaufmann, J.-C. (2010). *L'invention de soi : une théorie de l'identité*. Paris : Pluriel.

Kaufmann, J.-C. (2014). *Identités, la bombe à retardement*. Paris : Textuel.

Krupsky, M. (2018). *L'universitarisation des études infirmières en France : Quelles opportunités et quels risques pour le groupe professionnel infirmier ?*. Thèse en sciences politiques et sociales, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

Laing, R. D. (1971). *Soi et les autres* (G. Lambrichs, Trad.). Paris : Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1961).

Langouët, G. (2001). L'école française évolue ; mais l'insertion sociale devient de plus en plus difficile. *Revue française de pédagogie*, 137, 47-58.

Lanriec, T. (1975). Réflexion à propos du rôle professionnel de monitrice d'école d'infirmière. In Association des amis de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur, *L'infirmière enseignante, Cahier N°1*.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

Le Bouler, S. (2018, février). Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique. *Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*. Rapport à Madame la ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. En ligne https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Enseignement_superieur/96/4/MissionUniversitarisationRapportintermediairefevrier2018_912964.pdf.

Le Coadic, R. (2007). Faut-il jeter l'identité aux orties ?. In R. Le Coadic (dir.), *Identités et société de Plougastel à Okinawa* (pp. 41-66). Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Lebœuf, D. & Martin-Bron, F. (2013). Cadre formateur en IFSI : un métier spécifique. *Les Cahiers de la fonction publique*, 338, 81- 83.

Lenoir-Salfati, M., Dardel, A. & Monnier, I. (2013). Travaux de réingénierie de la formation cadres de santé. *Revue hospitalière de France*, 551, 22-25.

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

Lessard, C. & Bourdoncle, R. (2002). Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Conceptions de l'université et formation professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 139, 131-153.

Levi-Strauss, C. (2010). *L'identité : séminaire interdisciplinaire, 1974-1975* (4^e éd). Paris : Presses Universitaires de France.

Lipiansky, E.-M., Taboada-Leonetti, I. & Vasquez A. (1998). Introduction à la problématique de l'identité. In C. Camilleri, J. Kastersztein, E.-M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti & A. Vasquez-Bronfman (dir.), *Stratégies identitaires* (2^e éd.) (pp. 7-26). Paris : Presses Universitaires de France.

Locke, J. (2001). *Essai sur l'entendement humain* (Vols. 1-2) (J.-M. Vienne, Trad.). Paris : Librairie philosophique J. Vrin. (Œuvre originale publiée en 1690).

Lorenz, K. (1975). *L'envers du miroir* (J. Etoré, Trad.). Paris : Flammarion. (Œuvre originale publiée en 1973).

Loubère, L. & Ratinaud, P. (2014). *Documentation IRaMuTeQ, 0.6 alpha 3, version 0.1*. En ligne http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf.

Magnon, R. (1991). *Léonie Chaptal, la cause des infirmières : 1873-1937*. Paris : Lamarre.

Magnon, R. (2001). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Paris : Masson.

Malewska-Peyre, H. (1982). La notion d'identité et les stratégies identitaires. *Les amis de Sèvres*, 1, 83-93.

Malewska-Peyre, H. (1998). Le processus de dévalorisation de l'identité et les stratégies identitaires. In C. Camilleri, J. Kastersztein, E.-M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti & A. Vasquez-Bronfman (dir.), *Stratégies identitaires* (2^e éd.) (pp. 111-141). Paris : Presses Universitaires de France.

Marc, E. (2004). La construction identitaire de l'individu. In C. Halpern & J.-C. Ruano-Borbalan (dir.), *Identités(s) : l'individu, le groupe, la société* (pp. 33-39). Auxerre : Éditions Sciences Humaines.

Marchive, A. (2005). Familiarité et connaissance du terrain en ethnographie de l'école. L'ancien instituteur est-il meilleur ethnographe ? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 38(1), 75-92.

Maubant, P., Routhier, S., Oliveira Araújo, A., Lenoir, Y., Lisée, V. & Hassani, N. (2005). L'analyse des pratiques d'enseignement : le recours à la vidéoscopie. *Les dossiers de sciences de l'éducation*, 14, 61-75.

Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société* (D. Cefai & L. Quéré, Trad.). Paris : Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1934).

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2020, janvier). Les étudiants inscrits dans les universités françaises en 2018-2019. *Note d'information*, 3. En ligne https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2020/39/6/NI_2020-03_Effectifs_universitaires_1235396.pdf.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme. (2006, 11 février). Grande conférence de la santé « Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels ». En ligne https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-_feuille_de_route.pdf.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). *Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : formateur(trice) des professionnels de santé*. En ligne <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=31>.

Ministres européens de l'Éducation. (1999, 19 juin). *Déclaration de Bologne : L'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur*. Bologne, Italie. En ligne http://www.amue.fr/fileadmin/amue/veille-reglementaire/d_bologne.pdf.

Ministres européens de l'Éducation. (2001, 19 mai). *Communiqué de la conférence des ministres chargés de l'enseignement supérieur : Vers l'espace européen de l'enseignement supérieur*. Prague, République tchèque. En ligne http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/2001_Prague/44/5/2001_Prague_Communique_French_553445.pdf.

Ministres européens de l'Éducation. (2003, 19 septembre). *Communiqué de la conférence des ministres chargés de l'enseignement supérieur : Réaliser l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur*. Berlin, Allemagne. En ligne http://www.eees.es/pdf/paises/SUIZA/2003_Berlin_Communique_French.pdf.

Ministres européens de l'Éducation. (2005, 20 mai). *Communiqué de la conférence des ministres chargés de l'enseignement supérieur : Réaliser les objectifs*. Bergen, Norvège. En ligne <https://aphec.fr/spip.php?article66>.

Ministres européens de l'Éducation. (2007, 18 mai). *Communiqué de la conférence des ministres chargés de l'enseignement supérieur : Vers l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur, répondre au défi de la mondialisation*. Londres, Royaume-Uni. En ligne <https://aphec.fr/spip.php?article229>.

Ministres européens de l'Éducation. (2009, 29 avril). *Communiqué de la conférence des ministres chargés de l'enseignement supérieur : Processus de Bologne 2020, l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur au cours de la prochaine décennie*. Louvain, Belgique. En ligne <https://aphec.fr/spip.php?article493>.

Ministres européens de l'Éducation. (2010, 12 mars). *Déclaration de Budapest-Vienne sur l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur*. Budapest, Hongrie & Vienne, Autriche. En ligne http://ehea.info/media.ehea.info/file/2010_Budapest_Vienna/61/3/2010_Budapest-Vienna_Declaration_FR_598613.pdf.

Ministres européens de l'Éducation. (2012, 27 avril). *Communiqué de la conférence des ministres chargés de l'enseignement supérieur : Exploiter pleinement notre potentiel, consolider l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur*. Bucarest, Roumanie. En ligne http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/2012_Bucharest/67/5/105909_610675.pdf.

Ministres européens de l'Éducation. (2015, 15 mai). *Communiqué de la conférence des ministres chargés de l'enseignement supérieur*. Erevan, Arménie. En ligne http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/2015_Yerevan/70/7/YerevanCommuniqueFinal_613707.pdf.

Ministres européens de l'Éducation. (2018, 25 mai). *Communiqué de la conférence des ministres chargés de l'enseignement supérieur*. Paris, France. En ligne https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Bologne/80/2/EHEAParis2018_Communique_final_957802.pdf.

Mordacq, C. (1972). *Pourquoi des infirmières ?*. Paris : Le Centurion.

Musselin, C., Froment, E. & Ottenwaelter, M.-O. (2007). Le processus de Bologne : quels enjeux européens ?. *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 45, 99-110.

Noël-Hureaux, E. (2012). *En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ?*. Communication présentée à la Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Paris, France. En ligne <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00790578>

Noël-Hureaux, E. (2015). *Universitarisation des savoirs infirmiers et professionnalisation des acteurs*. Communication présentée à la Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Paris, France. En ligne <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01188454/document>

Osty, F. (1998). L'identité au travail à l'épreuve de la crise. In M. Kaddouri, C. Lespessailles, M. Maillibouis & M. Vasconcellos (dir.), *La question identitaire dans le travail et la formation* (pp. 69-81). Paris : L'Harmattan.

Palmade, J. (1990). Postmodernité et fragilité identitaire. *Connexions*, 55, 7-28.

Parménide. (2013). *Le Poème* (M. Conche, Trad.). Paris : Presses Universitaires de France.

Perrin-Niquet, A. (2010). La formation infirmière en psychiatrie, balbutiements, avatars et perspectives. *Soins psychiatrie*, 267, 7-8.

Piaget, J. (1964). *Six études de psychologie*. Paris : Denoël Gonthier.

Piaget, J. (1965). *Études sociologiques*. Genève : Droz.

Piaget, J. (1973). *La construction du réel chez l'enfant* (5^e éd.). Neuchâtel ; Paris : Delachaux et Niestlé.

Piot, T. (2018). Les néo-professionnels infirmiers : d'une logique professionnelle à une logique universitarisée. In D. Adé & T. Piot (dir.), *La formation entre universitarisation et professionnalisation : tensions et perspectives dans des métiers de l'interaction humaine* (pp. 89-109). Mont-Saint-Aignan : Presses Universitaires de Rouen et du Havre.

Poisson, M. (1998). *Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900) : histoire de la profession infirmière en France*. Vincennes : Éditions hospitalières.

Poisson, M. (2010). IFSI : des monitrices aux formateurs-enseignants, histoire et perspectives. *Soins Cadres*, 75, 24-28.

Policard, F. (2018). *Formateurs en soins infirmiers et simulation clinique : Profils et manifestations de l'engagement dans l'activité*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Paris Nanterre, Nanterre.

Pollak, M. (2000). *L'expérience concentrationnaire : essai sur le maintien de l'identité sociale* (2^e éd.). Paris : Métailié.

Postiaux, N. & Romainville, M. (2011). Compétences et professionnalisation. La compétence asservit-elle l'Université au monde professionnel, la faisant ainsi renoncer à son idéal pédagogique ?. *Éducation et formation*, 296, 45-55.

Pratt, D. D. (1998). *Five perspectives on teaching in adult and higher education*. Malabar (Floride, USA): Krieger Publishing Company.

Pratt, D. D. & Collins, J. B. (2000). *The teaching perspectives inventory (TPI)*. Communication présentée à Adult Education Research Conference, Vancouver, Canada. En ligne <https://newprairiepress.org/aerc/2000/papers/68>.

Ratinaud, P. & Marchand, P. (2015). Des mondes lexicaux aux représentations sociales. Une première approche des thématiques dans les débats à l'Assemblée nationale (1998-2014), *Mots. Les langages du politique*, 108(2), 57-77.

Reinert, M. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique. Application à l'analyse lexicale par contexte. *Les Cahiers de l'analyse des données*, VIII(2), 187-198.

Reinert, M. (1990). ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application : Aurélia de Gérard de Nerval. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 26(1), 24-54.

Reinert, M. (2008). *Mondes lexicaux stabilisés et analyse statistique de discours*. Actes des neuvièmes journées internationales d'analyse statistique de données textuelles JADT, Lyon, France. En ligne <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2008/pdf/reinert.pdf>.

Renaut, A. (1995). *Les révolutions de l'Université : essai sur la modernisation de la culture*. Paris : Calmann-Lévy.

Renaut, A. (2002). *Que faire des universités ?*. Paris : Bayard.

Richard, I. & Le Bouler, S. (2019). La création de nouvelles sections du Conseil national des universités. *Recherche en soins infirmiers*, 139(4), 8-11.

- Ricœur, P. (1985). *Temps et récit. Tome III. Le temps raconté*. Paris : Éditions du Seuil.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Éditions du Seuil.
- Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance. Trois études*. Paris : Gallimard.
- Rivière, A., Commeiras, N. & Loubès, A. (2019). Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines*, 112(2), 3-20.
- Rogers, C. (1976). *Liberté pour apprendre ?* (D. Le Bon, Trad.). Paris : Dunod. (Œuvre originale publiée en 1969).
- Rogers, V. & Mossé, P. (2012). Les Cadres infirmiers entre gouvernementalité et gouvernance ; les leçons de l'expérience anglaise. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 30(6), 379-393.
- Rongiconi, J.-P. (2013). Cadre de santé, deux référentiels pour deux métiers. *Soins cadres*, 87, 55-57.
- Roux-Perez, T. (2006). Processus identitaires dans la carrière des enseignants : deux études de cas en Éducation Physique et Sportive (EPS). *Staps*, 72(2), 35-47.
- Saarikoski, M., Kaila, P., Lambrinou, E., Pérez Cañaveras, R. M., Tichelaar, E., Tomietto, M. & Warne, T. (2013). Students' experiences of cooperation with nurse teacher during their clinical placements: an empirical study in a Western European context. *Nurse education in practice*, 13, 78-82.
- Sainsaulieu, R. (1988). *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation* (3è éd.). Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Sainsaulieu, R. (1996). L'identité et les relations au travail. *Education permanente*, 128(3), 187-193.
- Salminen, A., Stolt, M., Saarikoski, M., Suikkala, A., Vaartio, H. & Leino-Kilpi, H. (2010). Future challenges for nursing education – A european perspective. *Nurse education today*, 30, 233-238.

Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (J. Heynemand & D. Gagnon, Trad.). Montréal : Éditions Logiques. (Œuvre originale publiée en 1983).

Schweyer, F.-X. (2008). L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 120-121.

Siebert, C. (2003). L'évolution du rôle du formateur. In A. Goudeaux, N. Loraux & C. Sliwka (dir.), *Formateurs et formation professionnelle* (pp. 19-42). Rueil-Malmaison : Lamarre.

Singly, C. de. (2009, 11 septembre). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*. Ministère de la Santé et des Sports. En ligne https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf.

Singly, F. de. (2005). *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.

Sliwka, C. & Dechamps, C. (dir.). (2007). *Les cadres de santé, des cadres de métier*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Swain, G. (1997). *Le Sujet de la folie : naissance de la psychiatrie* (2^e éd.). Paris : Calmann-Levy.

Taboada-Leonetti, I. (1998). Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue. In C. Camilleri, J. Kastarsztejn, E.-M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti & A. Vasquez-Bronfman (dir.), *Stratégies identitaires* (2^e éd.) (pp. 43-83). Paris : Presses Universitaires de France.

Tap, P. (1979). Relations interpersonnelles et genèse de l'identité. *Annales de l'UTM, Homo XVIII*, 7-43.

Tap, P. (1991). Socialisation et construction de l'identité. In H. Malewska-Peyre & P. Tap (dir.), *La socialisation de l'enfance à l'adolescence* (pp. 49-74). Paris : Presses Universitaires de France.

Warne, T., Johansson, U.-B., Papastavrou, E., Tichelaar, E., Tomietto, M., Van den Bossche, K., Vizcaya Moreno, M. F. & Saarikoski, M. (2010). An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse education today*, 30, 809-815.

Weber, M. (1971). *Economie et société* (J. Freund, P. Kamnitzer & P. Bertrand, Trad.). Paris : Plon. (Œuvre originale publiée en 1921).

Yahiel, M. & Mounier, C. (2010, novembre). *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, Inspection Générale des Affaires Sociales. En ligne https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Quelles_formationen_pour_les_cadres_hospitaliers_Michel_Yahiel_Celine_Mounier_Igas_novembre_2010_-2.pdf.

TEXTES LEGISLATIFS

Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières du 25 octobre 1967. En ligne <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19670234/200512140000/0.811.21.pdf>.

Arrêté préfectoral du 4 avril 1907 relatif à la création du Diplôme d'infirmier Psychiatrique Départemental. (1907).

Arrêté du 26 mai 1930 relatif à l'uniformisation de la situation du personnel infirmier des asiles au niveau national. (1930).

Arrêté du 18 Septembre 1951 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages des études préparatoires aux diplômes d'État d'infirmier ou d'infirmière, d'assistant ou d'assistante de service social. (1951). *Journal officiel de la République française*, 26 septembre.

Arrêté du 28 juillet 1955 relatif à la réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques : infirmiers et infirmières. (1955). *Journal officiel de la République française*, 13 août 1955, p. 8160.

Arrêté du 17 juillet 1961 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages des études préparatoires aux diplômes d'Etat d'infirmier ou d'infirmière, d'assistant ou d'assistante de service social. (1961). *Journal officiel de la République française*, 21 juillet, p. 6669.

Arrêté du 6 mai 1970 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. (1970). *Journal officiel de la République française*, 31 mai, p. 5078.

Arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'État d'infirmier. (1972). *Journal officiel de la République française*, 7 septembre, p. 9580.

Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant du secteur psychiatrique. (1973). *Journal officiel de la République française*, 27 février, p. 2176.

Arrêté du 22 juillet 1976 relatif à la création d'un certificat de cadre infirmier du secteur psychiatrique. (1976). *Journal officiel de la République française*, numéro complémentaire, p. 4196.

Arrêté du 12 avril 1979 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation du diplôme d'État d'infirmier. (1979). *Journal officiel de la République française*, 14 avril, p. 872.

Arrêté du 26 avril 1979 modifiant l'arrêté du 16-02-1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. (1979). *Journal officiel de la République française*, numéro complémentaire, 6 mai, p. 3699.

Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier. (1992). *Journal officiel de la République française*, 72, 25 mars, p. 4123.

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. (1995). *Journal officiel de la République française*, 193, 20 août, p. 12469.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. (2009). *Journal officiel de la République française*, 0181, 7 août, p. 13203.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur. (2009). *Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarités*, 7, 15 août, pp. 384-390.

Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé. (2019). *Journal officiel de la République française*, 0299, 6 décembre, texte n° 143.

Circulaire du 17 juillet 1899 portant création d'écoles d'infirmières. (1899).

Circulaire n° 7043 du 28 octobre 1902 relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmière. (1902).

Circulaire du 4 avril 1907 relative au passage de l'état de gardien à celui du diplôme d'infirmier de secteur départemental en psychiatrie. (1907).

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. (1960). Non parue au *Journal officiel de la République française*.

Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n° 2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence-master-doctorat (LMD). (2009). *Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarités*, 8, 15 septembre, pp. 163-174.

Décret impérial du 17 mars 1808 portant organisation de l'Université. En ligne <https://www.education.gouv.fr/decret-portant-organisation-de-l-universite-17-mars-1808-3683>.

Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles. (1922). *Journal officiel de la République française*, 1^{er} juillet, p. 6880.

Décret n° 58-1104 du 14 novembre 1958 portant création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers(ères), moniteur (monitrice) et infirmier(e) surveillant(e). (1958). *Journal officiel de la République française*, 19 novembre, p. 10400.

Décret n° 68-97 du 10 janvier 1968 relatif au recrutement et à l'avancement des personnels d'encadrement et d'exécution des services de pharmacie, de laboratoire et d'électrocardiologie dans les établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics. (1968). *Journal officiel de la République française*, 30 janvier, p. 1086.

Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier (création). (1975). *Journal officiel de la République française*, 12 octobre, p. 10566.

Décret n° 88-654 du 7 mai 1988 relatif au recrutement d'attachés temporaires d'enseignement et de recherche dans les établissements publics d'enseignement supérieur. (1988). *Journal officiel de la République française*, 8 mai, p. 6705.

Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. (1995). *Journal officiel de la République française*, 193, 20 août, p. 12468.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la Santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. (2004). *Journal officiel de la République française*, 183, 8 août, p. 37086.

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. (2018). *Journal officiel de la République française*, 0164, 19 juillet, texte n° 42.

Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. (2019). *Journal officiel de la République française*, 0254, 30 octobre, texte n° 76.

Édit royal du 27 avril 1656 portant création de l'Hôpital Général de Paris. (1656). En ligne https://books.google.fr/books?id=aQFCAAAACAAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés. (1838). *Recueil Duvergier*, p. 490.

Loi du 15 juillet 1893 relative à l'assistance médicale gratuite. (1893). *Journal officiel de la République française*, 18 juillet, p. 3681.

Loi du 10 juillet 1896 relative à la constitution des universités. (1896). *Journal officiel de la République française*, 13 juin, p. 196.

Loi du 15 juillet 1943 relative à l'organisation et à l'exercice de la profession d'infirmiers(ères) hospitaliers (formation des infirmières ou infirmiers). (1943). *Journal officiel de la République française*, 28 août 1943, p. 2261.

Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 dite Edgar Faure d'orientation de l'enseignement supérieur. (1968). *Journal officiel de la République française*, 13 novembre, p. 10579.

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du Code de la Santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière). (1978). *Journal officiel de la République française*, 1^{er} juin, p. 2235.

Loi n° 84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur. (1984). *Journal officiel de la République française*, 27 janvier, p. 431.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. (1991). *Journal officiel de la République française*, 179, 2 août, p. 10255.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. (2004). *Journal officiel de la République française*, 190, 17 août, p. 14545.

Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités. (2007). *Journal officiel de la République française*, 0185, 11 août, p. 13468.

Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche. (2013). *Journal officiel de la République française*, 0169, 23 juillet, p. 12235.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (2016). *Journal officiel de la République française*, 0022, 27 juillet, texte n° 1.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. (1996). *Journal officiel de la République française*, 98, 25 avril, p. 6324.

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	1
Résumé	2
Liste des abréviations et des acronymes	3
Sommaire.....	5
Introduction	9
Partie I Contexte de la recherche	13
1. Approche historique.....	14
1.1. De la guérisseuse à l’infirmière diplômée d’État.....	14
1.1.1. À l’origine du soin somatique	14
1.1.2. Des premiers enseignements à la reconnaissance de la profession infirmière.....	16
1.2. Du gardien de fous à l’infirmier de secteur psychiatrique	20
1.2.1. Émergence du gardien de fous.....	20
1.2.2. De la libération des aliénés aux premières écoles d’infirmières d’asile	21
1.3. De la monitrice au formateur à travers les différents programmes de formation	23
1.3.1. Le programme des études IDE de 1951 et l’instauration du Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Infirmière Monitrice en 1958.....	23
1.3.2. Le programme des études ISP de 1955 et la création du certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique en 1970	24
1.3.3. Le programme des études IDE de 1961 : une formation spécifique axée sur la technicité	25
1.3.4. Le programme des études IDE de 1972 avec une approche globale du soin et la création du Certificat de Cadre Infirmier en 1975	26
1.3.5. Le programme des études ISP de 1973 et la création du Certificat de Cadre Infirmier de secteur psychiatrique en 1976.....	28
1.3.6. Le programme des études IDE de 1979 : une reconnaissance au niveau européen	29

1.3.7.	Le programme des études ISP de 1979.....	30
1.3.8.	Le programme commun des études infirmières de 1992 et l'instauration du diplôme de Cadre De Santé en 1995.....	31
1.3.9.	Le référentiel de formation infirmier de 2009.....	34
2.	Le formateur IFSI.....	38
2.1.	La dénomination du formateur IFSI : une difficulté terminologique.....	38
2.2.	Un segment du groupe professionnel des cadres de santé avec une professionnalisation inachevée.....	40
2.3.	Une population mal définie	42
2.4.	Parcours professionnel antérieur du formateur IFSI.....	43
2.5.	Cartographie des IFSI et impact du référentiel de 2009 en termes de gouvernance	44
2.6.	Les activités et compétences du formateur IFSI.....	45
2.7.	Les relations professionnelles du formateur IFSI	49
3.	Le processus d'universitarisation de la formation infirmière en France	52
3.1.	Genèse de l'universitarisation de la formation infirmière : le processus de Bologne.....	52
3.2.	La poursuite du processus d'universitarisation.....	56
3.2.1.	La réingénierie inachevée de la formation des cadres de santé.....	56
3.2.2.	La création d'une discipline universitaire en sciences infirmières et les perspectives engendrées.....	59
3.3.	État des lieux européen de l'universitarisation de la formation infirmière	63
	Partie II Cadre conceptuel.....	67
1.	Université et universitarisation	68
1.1.	L'Université d'hier à aujourd'hui.....	68
1.1.1.	Histoire de l'Université française.....	68
1.1.1.1.	Des origines médiévales à l'époque moderne.....	68
1.1.1.2.	De la Révolution à la Seconde Guerre mondiale.....	70
1.1.2.	Présentation structurelle de l'Université française contemporaine	71

1.1.2.1.	Organisation et fonctionnement	72
1.1.2.2.	Personnels enseignants des universités	73
1.2.	L'universitarisation	75
1.2.1.	L'universitarisation au niveau des structures.....	76
1.2.2.	L'universitarisation au niveau des savoirs.....	77
1.2.3.	L'universitarisation au niveau statutaire des personnels de formation.....	79
1.2.4.	Évolution de la posture du formateur engendrée par le processus d'universitarisation	80
1.2.4.1.	Perspective de transmission et posture d'animateur	81
1.2.4.2.	Perspective d'apprentissage et posture de modèle	81
1.2.4.3.	Perspective de développement cognitif et posture de médiateur.....	82
1.2.4.4.	Perspective de réalisation de soi et posture d'accompagnateur	82
1.2.4.5.	Perspective de réforme sociale et posture d'agent de changement.....	83
1.2.4.6.	La posture du formateur dans une formation basée sur l'approche par compétences.....	83
2.	Le concept d'identité.....	85
2.1.	Les origines philosophiques de l'identité.....	86
2.1.1.	Entre permanence et mouvement.....	86
2.1.2.	L'identité transtemporelle.....	86
2.1.3.	L'identité narrative	87
2.2.	Une vision psychologique de l'identité	88
2.2.1.	Inconscient et conflits dans la construction identitaire.....	88
2.2.2.	Psychanalyse et crise des identités	88
2.2.3.	Psychologie sociale et identité pour autrui.....	89
2.2.4.	Identifications et socialisation	90
2.2.5.	La socialisation, lien entre la psychologie et la sociologie	91
2.3.	Regard sociologique sur l'identité	92
2.3.1.	Approche historico-sociologique temporelle de l'identité et son prolongement dans la sociologie française.....	92

2.3.2.	Approche historico-sociologique spatiale de l'identité et son prolongement dans la sociologie française.....	94
2.3.3.	La socialisation comme construction d'une identité sociale dans et par l'interaction avec autrui	94
2.3.4.	L'identité comme ajustement entre l'identité personnelle et l'identité sociale réelle ou virtuelle.....	95
2.3.5.	La socialisation comme construction sociale de la réalité	96
2.3.6.	Vers une conception globale de l'identité.....	97
3.	L'identité professionnelle	101
3.1.	De l'identité au travail à l'identité professionnelle	101
3.1.1.	Quatre identités typiques au travail dans les années soixante-dix	102
3.1.2.	Le passage des formes communautaires aux formes sociétares : le déclin du collectif et l'essor de l'identité.....	103
3.1.3.	De quatre à six identités typiques au travail dans les années quatre-vingt-dix.....	105
3.2.	Les formes identitaires.....	106
3.2.1.	La transaction objective professionnelle, ses indicateurs et la question de la reconnaissance.....	107
3.2.2.	La transaction subjective professionnelle et ses indicateurs	109
3.2.3.	Les quatre formes identitaires professionnelles typiques	109
3.2.4.	Du synchronique dans le diachronique : l'identité professionnelle investie dans le présent.....	112
3.3.	Les dynamiques identitaires : entre projet de Soi, tensions identitaires, stratégies identitaires et transitions professionnelles	112
3.3.1.	Le projet de Soi	113
3.3.2.	Une typologie des dynamiques identitaires.....	115
3.3.2.1.	Les dynamiques de continuité identitaire	115
3.3.2.2.	Les dynamiques de transformation identitaire	115
3.3.2.3.	Les dynamiques de gestation identitaire	115
3.3.2.4.	Les dynamiques d'anéantissement identitaire.....	116

3.3.3.	Les tensions inter et intrasubjectives dans le projet de Soi global.....	117
3.3.4.	Stratégies identitaires	117
3.3.4.1.	Définition des stratégies identitaires.....	118
3.3.4.2.	Les typologies des stratégies identitaires	119
3.3.5.	Transitions professionnelles	121
4.	Problématique et hypothèses de recherche	124
4.1.	Choix du cadre conceptuel	124
4.2.	Du questionnement initial aux hypothèses de recherche	125
Partie III Méthodologie de la recherche : deux démarches complémentaires		130
1.	Démarche quantitative	132
1.1.	Élaboration du questionnaire	132
1.1.1.	Premier axe : identifier les formateurs IFSI et leurs parcours scolaires et professionnels	132
1.1.1.1.	Identification.....	133
1.1.1.2.	Cursus et parcours professionnel.....	133
1.1.2.	Second axe : rapport à l'activité professionnelle, rapport à autrui et pratique au quotidien des formateurs IFSI	134
1.1.2.1.	Rapport à l'activité professionnelle.....	134
1.1.2.2.	Rapport aux autres	136
1.1.2.3.	Pratique au quotidien	137
1.1.3.	Présentation synthétique des variables.....	140
1.2.	Pré-test, mode de passation et retours	142
1.2.1.	Le pré-test	142
1.2.2.	Mode de passation	142
1.2.3.	Retours.....	143
1.3.	Méthode d'analyse des données	145
2.	Démarche qualitative	146
2.1.	Choix de l'outil et présentation du guide d'entretien	146
2.1.1.	Choix de l'outil	146

2.1.2.	Le guide d'entretien	147
2.2.	Recueil de données	149
2.2.1.	Conditions de réalisation des entretiens	149
2.2.2.	Les formateurs IFSI interrogés	149
2.2.3.	Présentation synthétique des formateurs IFSI interviewés.....	153
2.3.	Méthodes d'analyse du corpus	154
2.3.1.	L'analyse lexicométrique	154
2.3.2.	L'analyse entretien par entretien.....	156
2.3.3.	L'analyse thématique.....	156
Partie IV	Résultats.....	158
1.	Analyse quantitative.....	159
1.1.	Le processus biographique : un changement dans la continuité	159
1.1.1.	Les identités héritées des formateurs IFSI.....	159
1.1.1.1.	Un groupe professionnel à dominante féminine et plutôt âgé	160
1.1.1.2.	Origine sociale	161
1.1.1.3.	Vie familiale	163
1.1.1.4.	Diplômes scolaires pré-formation infirmière	165
1.1.1.5.	Formation initiale infirmière	166
1.1.1.6.	Formation post-formation infirmière.....	168
1.1.1.7.	Parcours professionnel antérieur	171
1.1.1.8.	Entrée dans la formation.....	173
1.1.2.	Les identités investies dans le présent des formateurs IFSI.....	180
1.1.2.1.	Place de l'identité héritée infirmière dans l'identité investie dans le présent	181
1.1.2.2.	Contexte actuel de l'exercice professionnel	181
1.1.3.	Les identités visées des formateurs IFSI	184
1.1.4.	Synthèse	187
1.2.	Le processus relationnel : une reconnaissance incertaine	188
1.2.1.	Les identités assumées des formateurs IFSI	188

1.2.1.1.	Les motivations professionnelles	189
1.2.1.2.	Les domaines d'intervention revendiqués	193
1.2.1.3.	Les compétences perçues pour exercer	199
1.2.1.4.	L'appartenance à un groupe professionnel	203
1.2.1.5.	Les indicateurs d'une formation infirmière de qualité.....	204
1.2.2.	Les identités attribuées des formateurs IFSI	207
1.2.2.1.	Image perçue par autrui sur l'activité professionnelle	208
1.2.2.2.	Rapport aux autres	211
1.2.3.	Synthèse	214
1.3.	Vers une typologie des formateurs IFSI	216
1.3.1.	Catégorie des formateurs IFSI qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice leur envie de porter les valeurs infirmières	218
1.3.2.	Catégorie des formateurs IFSI qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice leur envie de transmettre leur pratique infirmière.....	222
1.3.3.	Catégorie des formateurs IFSI qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice leur volonté d'évolution professionnelle	226
1.3.4.	Catégorie des formateurs IFSI qui ont mis en avant comme raison principale pour devenir formateur/formatrice leur envie d'entrer dans l'enseignement	232
1.3.5.	Synthèse de la démarche de catégorisation	237
1.4.	Conclusion de l'analyse quantitative	240
2.	Analyse qualitative.....	244
2.1.	Analyse lexicométrique.....	244
2.1.1.	Présentation générale.....	244
2.1.2.	Analyse des quatre classes issues des discours des formateurs IFSI interrogés.....	249
2.1.2.1.	Classe 1 : l'accompagnement de l'étudiant	249
2.1.2.2.	Classe 4 : la transmission des valeurs de la profession infirmière	250
2.1.2.3.	Classe 2 : parcours scolaires et professionnels.....	251
2.1.2.4.	Classe 3 : statut et évolution professionnelle	252

2.1.3.	Synthèse de l'analyse lexicométrique	253
2.2.	Analyse verticale entretien par entretien	255
2.2.1.	Analyse de l'entretien d'Aurore	255
2.2.2.	Analyse de l'entretien de Bertrand	263
2.2.3.	Analyse de l'entretien de Christine.....	269
2.2.4.	Analyse de l'entretien de Dorothee	274
2.2.5.	Analyse de l'entretien d'Emmanuelle	281
2.2.6.	Analyse de l'entretien de Flore	287
2.2.7.	Analyse de l'entretien de Géraldine	294
2.2.8.	Analyse de l'entretien d'Huguette	300
2.2.9.	Analyse de l'entretien d'Irène.....	308
2.2.10.	Analyse de l'entretien de Janine.....	313
2.2.11.	Analyse de l'entretien de Karen.....	320
2.2.12.	Analyse de l'entretien de Louis.....	326
2.2.13.	Analyse de l'entretien de Marie	332
2.2.14.	Analyse de l'entretien de Noémie.....	339
2.2.15.	Analyse de l'entretien d'Olivia	344
2.3.	Analyse thématique horizontale	352
2.3.1.	Regard sur les processus biographiques des formateurs IFSI	353
2.3.1.1.	Les identités héritées dans les discours des formateurs IFSI	353
2.3.1.2.	Les identités investies dans le présent dans les discours des formateurs IFSI	354
2.3.1.3.	Les identités visées dans les discours des formateurs IFSI	356
2.3.2.	Regard sur les processus relationnels des formateurs IFSI	357
2.3.2.1.	Les identités assumées dans les discours des formateurs IFSI	357
2.3.2.2.	Les identités attribuées dans les discours des formateurs IFSI.....	359
2.3.3.	Regard sur le processus d'universitarisation dans les discours des formateurs IFSI en lien avec leurs dynamiques identitaires	361

2.3.3.1. Identité héritée infirmière forte, dynamique de transformation identitaire et menace perçue de l'universitarisation	364
2.3.3.2. Conversion identitaire, dynamique de continuité identitaire et menace perçue de l'universitarisation	367
3. Synthèse des résultats et retour sur les hypothèses	371
3.1. Le processus biographique des formateurs IFSI	371
3.2. Le processus relationnel des formateurs IFSI	374
3.3. La perception du processus d'universitarisation des formations paramédicales	378
Partie V Discussion et interprétation des résultats	382
1. Analyse des limites de ce travail	384
1.1. L'inclusion du chercheur dans l'objet de recherche	384
1.2. Des échantillons quantitatif et qualitatif non représentatifs	385
1.3. Retour sur le cadre théorique	386
2. Perspectives d'évolution identitaire des formateurs IFSI	388
2.1. Vers une double déségmentation professionnelle pour les formateurs IFSI ? ...	388
2.2. Vers des dynamiques de gestation identitaire des formateurs IFSI ?	390
2.3. Vers le développement des sciences infirmières ?	392
2.4. Vers la reconnaissance professionnelle ?	394
Conclusion	397
Bibliographie	401
Table des matières	425
Liste des figures	435
Liste des graphiques	436
Liste des tableaux	442
Annexes	443
Table des annexes	444
Annexe 1. Questionnaire	445
Annexe 2. Entretien d'Aurore	456

Annexe 3. Entretien de Bertrand	481
Annexe 4. Entretien de Christine	502
Annexe 5. Entretien de Dorothée	517
Annexe 6. Entretien d’Emmanuelle	539
Annexe 7. Entretien de Flore	555
Annexe 8. Entretien de Géraldine	574
Annexe 9. Entretien d’Huguette	596
Annexe 10. Entretien d’Irène.....	619
Annexe 11. Entretien de Janine	632
Annexe 12. Entretien de Karen	651
Annexe 13. Entretien de Louis	666
Annexe 14. Entretien de Marie.....	685
Annexe 15. Entretien de Noémie	702
Annexe 16. Entretien d’Olivia.....	720

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : lien entre identités héritées et dynamiques identitaires des formateurs IFSI373

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition homme/femme	160
Graphique 2 : Année de naissance des répondants	160
Graphique 3 : Tranches d'âge des répondants	161
Graphique 4 : Exercice d'une profession médicale ou paramédicale par le père ?	161
Graphique 5 : Type de profession médicale ou paramédicale exercée par le père	162
Graphique 6 : Exercice d'une profession médicale ou paramédicale par la mère ?	162
Graphique 7 : Type de profession médicale ou paramédicale exercée par la mère	162
Graphique 8 : Situation familiale	163
Graphique 9 : Présence d'enfant(s) ?	164
Graphique 10 : Exercice d'une profession médicale ou paramédicale par le conjoint ?	164
Graphique 11 : Type de profession médicale ou paramédicale exercée par le conjoint	164
Graphique 12 : Diplômes obtenus avant de devenir infirmier/infirmière	165
Graphique 13 : Type de diplôme infirmier obtenu	166
Graphique 14 : Année d'obtention du diplôme infirmier	167
Graphique 15 : Programmes de formation correspondant au diplôme infirmier	167
Graphique 16 : Spécialisation infirmière autre que celle de cadre de santé effectuée ?	168
Graphique 17 : Type de spécialisation infirmière autre que celle de cadre de santé effectuée	168
Graphique 18 : Titulaire d'un diplôme de cadre de santé ?	169
Graphique 19 : Types de diplôme de cadre de santé	169
Graphique 20 : Année d'obtention du diplôme de cadre de santé	170
Graphique 21 : Tranches d'année d'obtention du diplôme de cadre de santé	170
Graphique 22 : Formation en master depuis la formation infirmière ?	170
Graphique 23 : Champ disciplinaire du master obtenu depuis la formation infirmière	171
Graphique 24 : Types de services fréquentés lors de l'exercice infirmier	171
Graphique 25 : Expérience professionnelle d'encadrement d'équipe paramédicale ?	172
Graphique 26 : Durée de l'expérience professionnelle d'encadrement d'équipe paramédicale	173
Graphique 27 : Années entre le diplôme infirmier et l'arrivée en IFSI	173
Graphique 28 : Tranches d'années entre le diplôme infirmier et l'arrivée en IFSI	174
Graphique 29 : Statut de faisant-fonction lors de l'arrivée en IFSI ?	174
Graphique 30 : Raison principale de devenir formateur IFSI - envie de porter les valeurs infirmières	175

Graphique 31 : Raison principale de devenir formateur IFSI - envie de transmettre votre pratique infirmière.....	176
Graphique 32 : Raison principale de devenir formateur IFSI – volonté d'évolution professionnelle	176
Graphique 33 : Raison principale de devenir formateur IFSI – envie d'entrer dans l'enseignement.....	176
Graphique 34 : Raison principale de devenir formateur IFSI – envie d'accroître vos connaissances personnelles	177
Graphique 35 : Raison principale de devenir formateur IFSI – accès à l'université, à la recherche	177
Graphique 36 : Raison principale de devenir formateur IFSI – influence du milieu professionnel.....	177
Graphique 37 : Raison principale de devenir formateur IFSI – envie de changer de public.....	178
Graphique 38 : Raison principale de devenir formateur IFSI – par lassitude de la fonction d'encadrement d'équipe paramédicale	178
Graphique 39 : Raison principale de devenir formateur IFSI – conditions d'exercice de cette activité professionnelle	178
Graphique 40 : Raison principale de devenir formateur IFSI – par lassitude de la profession infirmière	179
Graphique 41 : Raison principale de devenir formateur IFSI – influence du milieu familial.....	179
Graphique 42 : Raison principale de devenir formateur IFSI – amélioration revenu salarial.....	179
Graphique 43 : Raison principale de devenir formateur IFSI – influence de l'entourage amical.....	180
Graphique 44 : Année du début d'exercice de l'activité de formateur/formatrice en IFSI	180
Graphique 45 : Définition ou présentation actuelle comme infirmier/infirmière ?.....	181
Graphique 46 : Lieux d'exercice actuel.....	181
Graphique 47 : Correspondance entre le lieu d'exercice actuel et le lieu de formation ?	182
Graphique 48 : Nombre de collègues formateurs	182
Graphique 49 : Nombre d'étudiants en référence	183
Graphique 50 : Exercice professionnel à temps plein ?	183
Graphique 51 : Quotité d'exercice professionnel à temps partiel	184
Graphique 52 : Perspectives d'évolution professionnelle ?.....	184
Graphique 53 : Perspectives d'évolution professionnelle envisagées	185

Graphique 54 : Inscription dans un master envisagée ?	186
Graphique 55 : Champ disciplinaire du master envisagé	186
Graphique 56 : Motivations professionnelles – porter les valeurs infirmières	189
Graphique 57 : Motivations professionnelles – vous enrichir intellectuellement	189
Graphique 58 : Motivations professionnelles – transmettre vos savoirs, savoir-être, savoir-faire infirmier	190
Graphique 59 : Motivations professionnelles – poursuivre votre évolution professionnelle	190
Graphique 60 : Motivations professionnelles – avoir accès à l’université, à une activité de recherche	190
Graphique 61 : Motivations professionnelles – avoir des activités plus variées qu’auparavant	191
Graphique 62 : Motivations professionnelles – travailler avec un autre public que des personnes malades	191
Graphique 63 : Motivations professionnelles – avoir plus de liberté dans votre travail qu’auparavant	191
Graphique 64 : Motivations professionnelles – avoir des conditions d’exercice de cette activité professionnelle qui vous conviennent	192
Graphique 65 : Motivations professionnelles – gagner votre vie	192
Graphique 66 : Domaines d’intervention – animation de séquences d’enseignement et de formation	193
Graphique 67 : Domaines d’intervention – préparation, organisation et la mise en œuvre des évaluations	193
Graphique 68 : Domaines d’intervention – accompagnement des étudiants dont ils sont référents dans leur projet de formation	194
Graphique 69 : Domaines d’intervention – analyse des activités, des situations, des pratiques en soins en groupe ou individuellement	194
Graphique 70 : Domaines d’intervention – guidances d’étudiants dans leurs travaux de recherche	194
Graphique 71 : Domaines d’intervention – ingénierie du dispositif de formation initiale	195
Graphique 72 : Domaines d’intervention – recherche des intervenants et la mise en place des conditions d’intervention	195
Graphique 73 : Domaines d’intervention – suivis d’étudiants en stage	195
Graphique 74 : Domaines d’intervention – responsabilité pédagogique, la coordination de promotion	196

Graphique 75 : Domaines d'intervention – contribution à des projets et à des groupes de travail institutionnels	196
Graphique 76 : Domaines d'intervention – travail en lien avec les terrains de stage.....	196
Graphique 77 : Domaines d'intervention – veille documentaire, réglementaire, institutionnelle	197
Graphique 78 : Domaines d'intervention – contrôle de la qualité des prestations de formation	197
Graphique 79 : Domaines d'intervention – recherche, planification et organisation des stages	197
Graphique 80 : Domaines d'intervention – ingénierie du dispositif de formation continue ...	198
Graphique 81 : Domaines d'intervention – réalisation d'études et de recherches	198
Graphique 82 : Compétences perçues pour exercer – compétences communicationnelles.....	199
Graphique 83 : Compétences perçues pour exercer – compétences d'accompagnement des étudiants dans leur parcours de formation.....	200
Graphique 84 : Compétences perçues pour exercer – compétences managériales	200
Graphique 85 : Compétences perçues pour exercer – compétences d'enseignement.....	200
Graphique 86 : Compétences perçues pour exercer – compétences d'ingénierie de formation	201
Graphique 87 : Compétences perçues pour exercer – compétences infirmières	201
Graphique 88 : Compétences perçues pour exercer – compétences dans le domaine de la recherche	201
Graphique 89 : Compétences perçues pour exercer – compétences dans la participation à la démarche qualité de la formation	202
Graphique 90 : Conception partagée de l'activité de formateur/formatrice en IFSI ?	203
Graphique 91 : Nécessité d'être ou d'avoir été infirmier/infirmière pour être formateur/formatrice en IFSI ?.....	204
Graphique 92 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les retours des professionnels de terrain et/ou des employeurs après l'obtention du diplôme d'État	204
Graphique 93 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – le ressenti des étudiants pendant la formation	205
Graphique 94 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les retours des professionnels de terrain pendant la formation	205
Graphique 95 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les résultats des étudiants en stage	205

Graphique 96 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – le nombre d'étudiants diplômés par rapport au nombre d'étudiants initialement présents dans la promotion concernée.....	206
Graphique 97 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les travaux de recherche des étudiants à travers leurs mémoires de fin d'études	206
Graphique 98 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les résultats des étudiants aux évaluations théoriques.....	206
Graphique 99 : Indicateurs principaux d'une formation infirmière de qualité – les liens professionnels entretenus avec les anciens étudiants	207
Graphique 100 : Image perçue de l'activité professionnelle par les équipes de Direction ...	208
Graphique 101 : Image perçue de l'activité professionnelle par les collègues formateurs...	208
Graphique 102 : Image perçue de l'activité professionnelle par les étudiants	208
Graphique 103 : Image perçue de l'activité professionnelle par les équipes administratives	209
Graphique 104 : Image perçue de l'activité professionnelle par les intervenants extérieurs paramédicaux.....	209
Graphique 105 : Image perçue de l'activité professionnelle par les intervenants extérieurs médicaux.....	209
Graphique 106 : Image perçue de l'activité professionnelle par les tuteurs.....	210
Graphique 107 : Image perçue de l'activité professionnelle par les intervenants extérieurs universitaires	210
Graphique 108 : Image perçue de l'activité professionnelle par les maîtres de stage	210
Graphique 109 : Qualité des relations avec les étudiants infirmiers.....	211
Graphique 110 : Qualité des relations avec les intervenants extérieurs paramédicaux.....	212
Graphique 111 : Qualité des relations avec les équipes administratives.....	212
Graphique 112 : Qualité des relations avec les tuteurs.....	212
Graphique 113 : Qualité des relations avec les intervenants extérieurs médicaux.....	212
Graphique 114 : Qualité des relations avec les collègues formateurs.....	213
Graphique 115 : Qualité des relations avec les maîtres de stage	213
Graphique 116 : Qualité des relations avec les équipes de Direction	213
Graphique 117 : Qualité des relations avec les intervenants extérieurs universitaires	213
Graphique 118 : Dendogramme des classes constitutives des discours des 15 formateurs IFSI interrogés	246
Graphique 119 : Analyse factorielle des correspondances du discours des 15 formateurs IFSI.....	246

Graphique 120 : Dendogramme des formes actives présentes dans les 4 classes constitutives des discours des 15 formateurs IFSI interrogés	247
Graphique 121 : Analyse factorielle des correspondances des formes actives issues du discours des 15 formateurs IFSI.....	248
Graphique 122 : Lien entre analyse factorielle des correspondances issues du discours des 15 formateurs IFSI et la typologie des formateurs IFSI issue du questionnaire.....	248
Graphique 123 : Univers lexical de la classe 1	249
Graphique 124 : Univers lexical de la classe 4	250
Graphique 125 : Univers lexical de la classe 2	251
Graphique 126 : Univers lexical de la classe 3	252
Graphique 127 : AFC avec les classes nommées et les facteurs identifiés.....	254

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Programme de la formation de cadre de santé à partir de 1995.....	33
Tableau 2 : Les quatre formes identitaires professionnelles typiques	110
Tableau 3 : Présentation du guide d'entretien pour les formateurs IFSI.....	148
Tableau 4 : Présentation synthétique des formateurs IFSI interrogés.....	153
Tableau 5 : Présentation de la grille d'analyse thématique	157
Tableau 6 : Quatre catégories de formateurs IFSI issues du questionnaire	239
Tableau 7 : Occurrences, formes et hapax relevés dans les discours des 15 formateurs IFSI interrogés	244
Tableau 8 : Formes actives présentes dans les discours des 15 formateurs IFSI interrogés	245
Tableau 9 : Segmentation du discours des 15 formateurs IFSI interrogés	245
Tableau 10 : Identité infirmière présente, identité visée, dynamique identitaire perçue et menace perçue de l'universitarisation.....	363

Les identités professionnelles des formateurs en IFSI dans le contexte de l'universitarisation des formations paramédicales

Dans le contexte de l'universitarisation des formations paramédicales, ce travail de thèse a pour objet l'étude des évolutions identitaires de formateurs qui forment des personnes à leur ancienne profession à travers l'exemple des infirmiers qui sont devenus formateurs en soins infirmiers. Le questionnement principal de cette recherche examine l'impact du processus d'universitarisation des formations paramédicales et de l'identité héritée infirmière sur les dynamiques identitaires et sur la reconnaissance professionnelle des formateurs exerçant en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Le cadre théorique est principalement construit à partir du modèle de la double transaction (Dubar, 2010) auquel nous avons associé les dynamiques identitaires et les projets de Soi (Kaddouri, 2002). La méthodologie de cette recherche articule deux démarches complémentaires : une enquête quantitative par questionnaire suivie d'une enquête qualitative basée sur une série d'entretiens semi-directifs à visée compréhensive. Les résultats montrent notamment que les formateurs IFSI qui revendiquent une identité héritée infirmière forte se sentent davantage menacés par le processus d'universitarisation des formations paramédicales, ce qui se traduirait par une dynamique de transformation identitaire avec un projet de Soi pour soi souvent orienté vers une fonction de management de proximité. À l'inverse, une identité héritée infirmière peu persistante dans l'identité investie dans le présent des formateurs IFSI entraineraient une dynamique de continuité identitaire de formateur avec le plus souvent un projet d'entretien de Soi dans la fonction de formateur.

Mots-clés en français : formateur, IFSI, infirmier, identité professionnelle, dynamique identitaire, universitarisation.

Professional identities of nursing trainers within the context of paramedical training universitarization

In the context of the universitarization of paramedical training, the purpose of this thesis is to study evolutions in the identity of trainers who train people in their former profession through the example of nurses who have become nursing trainers. The main questioning of this research is the impact of the process of paramedical training universitarization and the inherited nurse identity on identity dynamics and on the professional recognition of trainers in Nursing Training Institute (IFSI). The theoretical framework is mainly constructed from the model of the double transaction (Dubar, 2010) to which we have associated identity dynamics and projects of Oneself (Kaddouri, 2002). The methodology of this research articulates two complementary approaches: a quantitative survey by questionnaire followed by a qualitative survey based on a series of semi-structured interviews with a comprehensive aim. The results show that IFSI trainers in particular who claim a strong inherited nurse identity feel more threatened by the process of paramedical training's universitarization, which would result in a dynamic of identity transformation with a project of Self on self often oriented towards a proximity management function. On the contrary, a not very persistent inherited nurse identity in the present invested identity of IFSI trainers would lead to a dynamic of identity continuity of a trainer, most often with a self-maintenance project in the function of the trainer.

Mots-clés en anglais : Trainer, IFSI, nurse, professional identity, identity dynamic, universitarization.

Discipline : SCIENCES DE L'EDUCATION

Université de Reims Champagne-Ardenne

CEREP - EA 4692

57 rue Pierre Taittinger - 51100 REIMS

