

THÈSE DE DOCTORAT DE SOCIOLOGIE

L'UNIVERSITE DE NANTES

ECOLE DOCTORALE N° 604
Sociétés, Temps, Territoires
Spécialité : Sociologie

Par

Alice LERMUSIAUX

La conquête des sciences et des techniques par les infirmières
Une évolution qui ne révolutionne pas l'ordre du genre

Thèse présentée et soutenue à Nantes, le 19 novembre 2021
Unité de recherche : Centre nantais de sociologie (CENS), UMR 6025

Rapporteurs avant soutenance :

Mathias MILLET
Clothilde LEMARCHANT

Professeur des Universités, Université de Tours
Professeure des Universités, Université de Lille

Composition du Jury :

Présidente : Marie-Hélène JACQUES
Examinatrice : Anne-Marie ARBORIO

Professeure des Universités, Université de Limoges
Maîtresse de Conférences, Université d'Aix-Marseille

Directrice de thèse : Marie CARTIER
Co-directrice. de thèse : Sophie ORANGE

Professeure des Universités, Université de Nantes
Maîtresse de Conférences, Université de Nantes

Remerciements

« *Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin* ». Une chose est sûre, seule je n'aurai été nulle part... Je tiens donc à remercier l'ensemble des personnes qui ont permis à ce travail de prendre forme et d'aboutir.

En premier lieu, ma reconnaissance va à mes directrices, Marie Cartier et Sophie Orange pour avoir accepté d'encadrer cette thèse. Merci pour leur rigueur et leurs précieux conseils qui ont nourri et enrichi ce travail. Merci à Marie Cartier pour la précision de sa relecture. Un merci tout particulier à Sophie Orange qui a encadré mes premiers pas dans la recherche et qui a su me transmettre son goût pour la sociologie. Merci à elle d'avoir toujours su me guider sur les fils à tirer.

Ce travail n'aurait pas été possible sans la participation des enquêtés et des enquêtées, c'est pourquoi mes remerciements vont en deuxième lieu à toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette enquête. Merci de m'avoir ouvert les portes d'un nouveau monde que je n'aurai pu connaître sans vous. Je remercie en premier lieu le directeur, les formateurs et les formatrices de l'IFSI de Lérins qui ont été les premiers et les premières à accepter cette recherche. Merci pour l'ouverture et le souci d'explications dont vous avez fait preuve. Mon immense gratitude va ensuite aux étudiants et étudiantes enquêtés, en particulier aux promotions 2015 et 2017 de Lérins qui ont supporté ma présence de longues heures durant. Merci de m'avoir révélé avec tant de sincérités et de générosité la réalité à laquelle vous étiez confrontées. Un merci tout particulier à Emmie, Charisma et Marine, les premières à m'avoir intégré dans le monde des étudiantes et à m'avoir montré le véritable sha. Un très grand merci à celles et ceux qui m'ont confié leurs vies, leurs doutes, leurs joies tout au long de leurs parcours : Régis, Sonia, Roger, Marine, Léanne, Clémence, Julie, Mégane et Sheryline. Merci également à celles et ceux qui ont accepté que je les accompagne dans leurs premiers pas sur le terrain : Emmie, Anthony, Luana. Merci enfin à tous les professionnels et toutes les professionnelles qui m'ont accueilli dans les services de soins et à tous les patients et patientes qui ont accepté ma présence dans ces moments si singuliers. J'espère que vous vous retrouverez dans les conclusions de cette enquête.

Je tiens ensuite à remercier le laboratoire et ses membres qui m'ont permis de me consacrer pleinement à l'élaboration de ma thèse. Un merci tout particulier à Mary DAVID et Ludivine BALLAND qui m'ont toujours montré la voie quand je ne savais la voir.

Je tiens par ailleurs à remercier les doctorants et les doctorantes avec qui j'ai partagé cette expérience dans les bons comme les mauvais moments, notamment Raphaële CHATAL, Angeliki DRONGITI, Mélodie RENVOISE et Kheloudja AMER sans qui cette expérience n'aurait jamais été si lumineuse et rayonnante. Merci pour votre soutien perpétuel. Merci également à Estelle GRIDAINE, Claire AUZURET, Joseph GODEFROY, Shani GALAND, Juliette MENGNEAU, Anna MESCLON, Pierre CAMUS, Martin MANOURY, Anaïs HACHET et Saskia MEROUEH qui ont toujours été là.

Je remercie en outre Anne-Chantal HARDY-DUBERNET et FANNY RENARD qui ont accepté de faire partie de mon comité de thèse. Merci à vous d'avoir toujours su poser les bonnes questions pour faire évoluer ce travail, même au moment où je voulais le moins les entendre.

Enfin, ce travail n'aurait pu advenir sans le soutien indéfectible de mes proches. Merci à Valérie Regent de m'avoir permis de courir ces deux lièvres à la fois et surtout merci de m'avoir offert un équilibre magique. Merci à Louis ANDRES et Paul CHERON sans qui mes mésaventures auraient eu un tout autre goût. Merci à Jacques MORAND d'avoir accepté ma folie quotidienne. Merci Elise HERAL et Virginie PERESSE d'avoir toujours été à mes côtés au cours de cette nouvelle aventure.

Un merci tout particulier à ma famille et à mes parents pour ces discussions, rediscussion, rerediscussion, ces lectures, relecture, rerelectures. Un merci tout spécial à maman, Martine SAUVIAT, pour ces innombrables matinées café recherche et sa persévérance dans la lecture. Merci à mon papa, Erick LERMUSIAUX, pour les multiples lectures et corrections, et pour cette mise en page fabuleuse.

Toutes mes remerciements à Joséphine LECUYER pour cette merveilleuse aventure vécue en parallèle. Du café de Vannes à maintenant, on en a fait du chemin... Qui sait où on sera dans deux ans... Il n'y a pas de mots pour rendre compte de l'importance de nos discussions sans fin.

Et puis bien sûr merci à toi, Paul BRISSON, qui a su éclairer chaque moment de ma vie au cours de cette expérience et qui n'a jamais failli à me redonner confiance.

Merci à toutes celles et tous ceux qui ont participé à cette thèse !

Dirigé par

Marie CARTIER et Sophie ORANGE

Produit par

Laboratoire du CENS et ED STT

Cadrage

Anne-Chantal HARDY DUBERNET et Fanny RENARD

Acteurs et Actrices

Emmie	Charisma	Marine	Mégane	Léanne	Clémence	Sheryline
Régis	Roger	Sonia	Luana	Émilie	Marine	Julie
Alexis	Laurence	Jean-Michel	Karine	Marc	Françoise	Marie-Pierre
Annie	Martine	Annaïck	Marylin	Sophie	Elodie	

Étudiants et étudiantes des promotions 2015-2017 et 2017-2019

Infirmières et infirmiers des services enquêtés

Patients anonymes

1^{ère} assistante réalisation

Joséphine LECUYER

Boussole

Paul BRISSON

Montage

Erick LERMUSIAUX

Consultation scénario

Martine SAUVIAT

Assistances et animations

Angeliki DRONGITI

Mélodie RENVOISE

Raphaële CHATAL

Kheloudja AMER

Consultantes

Mary DAVID et Ludivine BALLAND

Assistante revue de presse

Estelle GRIDAINE et Claire AUZURET

Équipe technique

Joseph GODEFROY

Juliette MENGNEAU

Anna MESCLON

Pierre CAMUS

Martin MANOURY

Anaïs HACHET

Saskia MEROUEH

Shani GALAND

Secrétaires de production

Johanne PALOMBA

François JOUET

Isabelle SAMSON

Renforts

Danièle THIBAUT

Joël THIBAUT

Laurène THIBAUT

Aurélien THIBAUT

Guillaume THIBAUT

Raymond SAUVIAT

Janine SAUVIAT

Violette LERMUSIAUX

Manager

Valérie REGENT

Assistant manager

Jacques MORAND

Café causerie

Virginie PERESSE et Elise HERAL

Renforts extérieurs

Louis ANDRES et Paul CHERON

Conseillère technique

Emmanuelle CADRON

Doublage

Olivia GERVAIS

Décor et ambiance

Michèle et Maurice

Staff médical

Rachel CROGUENNEC

Frédérique PALKA

Basile BOURGET

Soutien

Famille BRISSON

Toute ressemblance avec des personnes existantes est purement volontaire

« " L'éternel féminin " est une création continuée, jamais achevée, toujours renouvelée, qui doit son caractère atemporel et ahistorique au fait que les schèmes les plus anciens se transforment sans se transformer pour venir étayer de nouveaux usages sociaux – politiques, culturels, institutionnels – de la soumission féminine »

(Muel-Dreyfus, 1996, p. 366)

Résumé

Jusqu'à présent, les travaux de recherche ont montré que les filières scientifiques étaient l'apanage des hommes, néanmoins certaines voies où l'enseignement scientifique est important sont féminisées. C'est notamment le cas de la santé et des études paramédicales. En partant de l'étude de la formation en soins infirmiers, une filière largement féminisée, cette thèse analyse ce qui se joue dans cet « autre champ scientifique », celui qui est dominé et peu reconnu comme tel. Au-delà de cette étude, il s'agit de comprendre les effets de la transmission des cultures scientifiques et techniques sur la (re)production d'une socialisation genrée dans ce cursus.

Le suivi de cohorte fictif réalisé par une passation de questionnaires et des entretiens répétés, complété par des observations en classe et sur les lieux de stage professionnels révèlent comment cette formation produit des infirmières « scientifique du care » en réponse aux enjeux de professionnalisation et aux évolutions du travail infirmier. Elle contribue par ce biais à la fois à la transmission d'une forme spécifique de *care* et à la production d'un « style de féminité » singulier, mais aussi à l'inculcation d'un positionnement social, façonnant ainsi une nouvelle forme « d'éternel féminin ».

Mots-clés : Enseignement supérieur, Formation en soins infirmiers, Sciences, Technique, Genre

Abstract

Until now, research has shown that sciences courses are the prerogative of men. However, some fields where science education is important are feminized. This is especially true in Health or paramedical studies.

The study of nursing training, a heavily feminized field, reveals what is played out in this “other scientific field” which is dominated and underestimated as such. Moreover, this thesis shows the effect of the transmission of scientific and technical culture on gender socialization.

The monitoring of a group of students, produced through a statistical survey, completed by repeated face-to-face interviews and observations in courses, enables us to highlight that nursing training produces “scientific of care” nurses in response to the challenge of professionalization and nursing job's transformation.

In this way, it contributes both to the transmission of a specific form of care and to the production of a singular “style of femininity”, but also prepares to a social positioning, therefore shaping a new form of “eternal feminine”.

Keywords : Higher education, Nursing training, Sciences, Techniques, Gender

Sommaire

Remerciements	5
Résumé et Abstract.....	9
Sommaire	11
INTRODUCTION GÉNÉRALE	17
Objet de la recherche : du sujet à l'enquête	19
1. Les infirmières, ces femmes dévouées ?	19
2. Enquêter le pôle scientifique dominé	32
3. D'une perception positiviste de la science à l'étude empirique des effets et fonctions d'une formation	35
4. Problématisation et positionnement	37
5. Élaboration théorique	38
5. a Enquêter une institution d'enseignement professionnel : de l'étude du curriculum à celle de son public	38
5. b Questionner la fabrique du genre : une approche par les dispositions et croisée avec les classes sociales.....	40
5. c Étudier les sciences et les techniques : une approche en termes des cultures scientifique et technique.....	44
6. Dispositifs méthodologiques pluriels	47
6. a Une enquête longitudinale	47
6. b Des observations de l'IFSI aux stages	48
6. c Un recueil du point de vue des acteurs par entretiens	52
6. d La saisie des spécificités du public par l'administration d'un questionnaire.....	55
6. e La saisie des spécificités de cette formation par l'étude du programme	56
Éléments de cadrage : de l'entrée dans la formation au groupe professionnel	57
1. Un groupe professionnel féminisé au poids central dans le monde de la santé	57
2. Une formation générale professionnalisante ouvrant la voie aux études supérieures.....	60
3. Une formation sélective qui retient les profils généraux scientifiques avec une certaine expérience	63
4. Un recrutement national féminin et populaire, dominé sur le plan de l'origine sociale et scolaire.....	67
5. L'IFSI enquêté, un public particulièrement hétérogène.....	76
6. Un profil singulier dans un département sur-sélectionné scolairement et socialement	79
7. Des étudiantes familières du monde de la santé.....	87
Plan de thèse	89

Première partie :

L'IFSI, LIEU DE FORMATION DE SCIENTIFIQUES DU CARE 91

Chapitre I : Entre autonomie et contrainte, un cadre ambivalent 97

- I. 1 Une institution encadrante..... 101
 - I.1.a Le façonnement d'étudiantes disciplinées 101
 - I.1.b Une pédagogie explicite 106
 - I.1.c Une surveillance patente..... 109
- I. 2 Des injonctions institutionnelles fortes : autonomie et responsabilité..... 115
 - I.2.a Autonomie et responsabilité : deux principes socialisateurs 115
 - I.2.b Autonomie accompagnée, responsabilité contrôlée 120
 - I.2.c Coopération et réflexivité cultivée..... 123
- I. 3 Réception et appropriation des injonctions 129
 - I.3.a Le difficile vécu de la formation 129
 - I.3.b L'appropriation des grands principes 137
 - I.3.c Un parcours antérieur déterminant 139

Chapitre II : Le triptyque des savoirs 149

- II.1 L'éthique du care, panneau central de la transmission des savoirs..... 152
 - II.1.a Soins et éthique interactionnelle, deux dimensions structurantes de la formation des infirmières..... 152
 - II.1.b La promotion du care, où l'incitation à la mise en œuvre de dispositions supposées féminines 158
 - II.1.c Une transmission marginale au sein de l'IFSI au service de l'essentialisation..... 160
- II.2 La culture scientifique, deuxième volet du curriculum..... 166
 - II.2.a Une lente progression de la culture scientifique dans la formation des infirmières..... 166
 - II.2.b Une dimension centrale aujourd'hui..... 171
 - II.2.c Transmission de la culture scientifique 174
- II.3 La culture technique dernier volet du triptyque des savoirs. 185
 - II.3.a Une culture technique invisibilisée..... 185
 - II.3.b La technicité, une dimension constitutive de la formation 186
 - II.3.c Une transmission par incorporation..... 189

Chapitre III : Au cœur de la formation, la professionnalisation des infirmières 195

- III.1 La professionnalisation des infirmières en perspective..... 197
 - III.1.a Visée d'intégration d'un groupe professionnel..... 197
 - III.1.b Visée performative de la socialisation professionnelle 199
 - III.1.c Visée corporatiste de la formation 205
- III.2 Vers une modulation du rôle infirmier 208
 - III.2.a Des soignantes singulières 208
 - III.2.b Des infirmières affranchies du pouvoir médical..... 215
 - III.2.c Des infirmières en position de supervision..... 220
- III.3 Le façonnement d'un esprit de corps 223

III.3.a	Le repli de fait sur l'institution	223
III.3.b	Le façonnement d'une logique d'interrelation et de proximité	228
III.3.c	La constitution d'une mentalité frontalière et d'un esprit de solidarité interne	231

Deuxième partie

INFIRMIÈRES SUR LE TERRAIN : DES INGÉNIEURES ?..... 237

Chapitre IV : Du *care* à la diversification du travail infirmier..... 243

IV. 1	Un <i>care</i> dans tous ses états.....	245
IV.1.a	Des compétences interactionnelles valorisées	245
IV.1.b	Un apprentissage secondaire.....	246
IV.1.c	Une restriction pratique	249
IV. 2	Une culture technique à tous les niveaux	255
IV.2.a	Des soins avec outils aux soins de confort et bien-être	255
IV.2.b	En passant par la préparation et le rangement du matériel	256
IV.2.c	Une culture technique au cœur des apprentissages en stage.....	257
IV. 3	Une culture scientifique mobilisée	259
IV.3. a	Au travers de calculs et de conversions	259
IV.3.b	Par la compréhension des soins	259
IV.3.c	Au cœur des surveillances	260
IV.4	Une activité largement bureaucratisée.....	262
IV.4.a	L'administratif, part conséquente du travail infirmier.....	262
IV.4.b	Le millefeuille administratif	263
IV.4.c	Synthétiser et transcrire, deux compétences essentielles.....	266

Chapitre V : De l'infirmière exécutante à l'infirmière discrétionnaire 269

V.1	Une ingénierisation du travail infirmier	271
V.1.a	Des stagiaires confrontées au pouvoir d'agir.....	271
V.1.b	De la gestion du temps à la gestion logistique des soins	282
V.1.c	Des coordinatrices et des informatrices	289
V.1.d	Les infirmières, des expertes parmi d'autres	292
V.2	Une autonomie sous surveillance	299
V.2.a	Une autonomie contrôlée	299
V.2.b	De la domination hiérarchique à la domination professionnelle	302
V.2.c	De la subordination médicale à la subordination légale	307
V.3	Une implication contrainte	310
V.3.a	Des futures infirmières investies par la responsabilité	310
V.3.b	Une disponibilité façonnée	311
V.3.c	Un engagement corporel.....	315

Chapitre VI : L'espace des conditions de stages 321

VI.1	L'hôpital, lieu de haute technicité et de collaboration interprofessionnelle.....	323
VI.1.a	Un travail collectif autour du projet de soins.....	323
VI.1.b	Une technicité élevée	331

VI.1.c	Des services très distincts	333
VI.2	Les unités de vie, le care affectif et domestique au cœur du travail infirmier	338
VI.2.a	Une technicité réduite à de la « bobologie ».....	338
VI.2.b	Le care affectif, des tâches centrales dans l'activité des infirmières	340
VI.2.c	Une position dominante et des rapports plus hiérarchiques	344
VI.3	La psychiatrie, un monde à part, à la croisée des interactions affectives, de l'éducatif et de la clinique.....	348
VI.3.a	Un travail interprofessionnel entre euphémisation des rapports de pouvoir et maintien de rapports dissymétriques	348
VI.3.b	La participation au diagnostic clinique, facette importante du travail infirmier à l'hôpital psychiatrique	351
VI.3.c	Les soins infirmiers en psychiatrie, du relationnel et de l'éducatif	353

Troisième partie :

RENOUVELLEMENT ET SPÉCIFICATION D'UN « ÉTERNEL FÉMININ » 359

Chapitre VII : Renouveau de l'ordre du genre..... 363

VII.1	Une percée dans le champ scientifique en demi-teinte	365
VII.1.a	L'accès borné au « pôle féminin » de la culture scientifique	365
VII.1.b	Une culture scientifique tenue à distance ?.....	368
VII.1.c	Des sciences utiles avant tout chose	372
VII.2	Des sciences et des techniques dissimulées	377
VII.2.a	Mobiliser la culture scientifique en silence	377
VII.2.b	Une culture technique dévaluée	379
VII.2.c	Une identification contrariée.....	382
VII.3.	Des cultures scientifique et technique déclinées au féminin.....	388
VII.3.a	Les sciences infirmières, des sciences sensibles.....	388
VII.3.b	Les actes techniques, ou l'imposition du doigté, de la minutie et du contrôle	392
VII.3.c	Apprendre la maîtrise de soi	396

Chapitre VIII : Des soignantes pas comme les autres : au cœur du care infirmier 401

VIII.1	La posture infirmière : entre proximité et distance	403
VIII.1.a	Des soignantes dans la « juste distance ».....	403
VIII.1.b	Prendre en charge un patient, pas une personne soignée	405
VIII.1.c	Une juste distance émotionnelle.....	413
VIII.2	Le care infirmier, un care pratique	423
VIII.2.a	Des « interactions désintéressées » rationalisées	423
VIII.2.b	L'interrogatoire au cœur des pratiques interactionnelles.....	426
VIII.2.c	L'information, une dimension clé des interactions	429
VIII.3	L'hygiène, un principe normatif.....	432
VIII.3.a	L'hygiène, un principe essentiel	432
VIII.3.b	De l'hygiène pour normaliser les pratiques	434
VIII.3.c	Le façonnement d'un corps neutre	437

Chapitre IX : Le façonnement d'un « style de féminité »	441
IX.1 Entre rôle domestique et dévouement au travail : un équilibre à tenir.....	443
IX.1.a Des femmes dévouées à leur travail	443
IX.1.b Maintenir son rôle domestique, un irréductible.....	448
IX.2 Le façonnement d'un rapport au corps singulier.....	456
IX.2.a De la praticité à la féminité : l'endossement d'une féminité d'accessoires	456
IX.2.b De la sursollicitation à la prévention : l'actualisation d'une endurance soignée	460
IX.3 La culpabilité au cœur de ce modèle	465
IX.3.a Réalisation du care infirmier : la culpabilité de ne pas être dans le soin.....	465
IX.3.b Se surinvestir dans le travail : la culpabilité du manque de temps pour la sphère domestique et privée.....	467
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	471
Bibliographie.....	479
Table des illustrations.....	499
Tableaux	499
Graphiques.....	500
Cartes	502
Archives.....	502
Schémas	502
Liste des sigles	503
Annexes	505
Annexe 1 : Questionnaire	507
Annexe 2 : Grilles d'observation des enseignements en IFSI.....	520
Annexe 3 : L'affranchissement du pouvoir médical saisi par le prisme de l'histoire de la formation.....	522
Annexe 4 : Portfolio des étudiantes en soins infirmiers	524
Annexe 5 : Analyse historique des compétences à développer dans la formation des infirmières.....	541
Annexe 6 : L'universitarisation de la formation en soins infirmiers.....	545
Annexe 7 : Feuille de traçabilité des prélèvements	547
Annexe 8 : Feuilles de traçabilité des patients	549

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Objet de la recherche : du sujet à l'enquête

1. Les infirmières, ces femmes dévouées ?

La formation en soins infirmiers, et l'activité professionnelle à laquelle elle conduit sont encore aujourd'hui fortement associées à l'image de la femme et à une certaine féminité dans le sens commun (Arborio & Divay, 2018). Dans l'imaginaire collectif, l'infirmière est douce, jeune, jolie, empathique, à l'écoute. Son rôle demeure fortement lié au relationnel, au dévouement et au soin. Cette vision est non seulement portée dans les médias, mais elle est aussi relayée par la population. Il suffit de saisir le terme « infirmi* »¹ sur internet pour en avoir une parfaite illustration. Le premier résultat présente une femme d'une quarantaine d'années, en blouse blanche penchée sur le lit d'une patiente, à son écoute, le sourire aux lèvres. Il faut attendre la 36^e image pour qu'un homme endosse cette fonction et la 50^e pour en trouver un deuxième². Les nouvelles séries ou chansons portant sur cette activité véhiculent cette même représentation (*Nina*³, *H24*⁴, *Infirmière* du chanteur Fauve⁵). La population les réinvestit à son tour dans son discours comme le montre l'enquête d'une étudiante en soins infirmiers suisse sur les représentations de l'infirmière portées par les patients (In-Albon, 2009). Ces derniers évoquent les « *bons contacts* », l'« *aide à être bien ou mieux* », le « *prend[re] soin de nous* », l'« *attention* », la « *bonne compagnie* », l'« *écoute* », la présence et le « *partage* » pour parler

¹ Une telle recherche permet de ne pas privilégier un genre dans la requête puisqu'elle permet de donner les résultats pour infirmière, infirmier, infirmières et infirmiers.

² Requête menée le 17/12/20 à 15h37 sur Google image.

³ La série *Nina*, datant de 2014, présente la vie d'une infirmière stagiaire de 39 ans, fille de médecin. L'actrice insiste sur la dimension empathique de son personnage alors que les scénaristes en parlent en ces termes : « *L'écoute et le soin comme profession de foi, l'envie de vivre et d'aimer comme prescription* ». (Knibiehler, 1984) (Fabregas, B. (mis à jour le 19/06/15). *Infirmier.com*. Repéré à : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/edito-nina-serie-hospitaliere-rime-avec-glam.html>)

⁴ La série *H24*, sortie en 2020, ne déroge pas à cette image. Elle suit quatre femmes infirmières que le synopsis d'Allociné qualifie de « *formidables* » et « *dévouées* ».

⁵ Les paroles de la chanson reprennent cette image : « *Mais surtout elle avait l'air douce, bienveillante et sereine. Comme si elle avait pas renoncé, à rien [...] J'ai besoin de toi comme d'une infirmière, que tu ré pares ma tête et mes sentiments qui fonctionnent plus bien, que tu refasses mes stocks de sérotonine, que tu me dises que c'est rien [...] J'ai besoin de toi comme d'une infirmière, que tu me dises que je suis hors de danger, que mon état va s'améliorer, que tu passes ta main dans mes cheveux, que tu prends ma vie pour en faire quelque chose de mieux* ». Fauve (2014). *Infirmière* [chanson]. Album *Vieux frères*.

des infirmières. Ce lien au relationnel ressort en France par une fréquente juxtaposition de cette activité professionnelle à celles du travail social⁶.

Les travaux de recherche sur cette activité professionnelle confortent cette image. Le travail infirmier est souvent invoqué par les sociologues du genre et du travail comme une figure emblématique du travail féminin et du travail du *care* (Benelli & Modak, 2010 ; Molinier, 2009 ; Muel-Dreyfus, 1996). Les infirmières sont présentées comme mettant en œuvre du dévouement, de l'écoute, du relationnel, de l'empathie. Elles sont dans le don de soi (Petitat, 1989), la prudence (Chauvenet, 1974), le prendre soin (Eyland & Jean, 2016).

Encore aujourd'hui, l'infirmière est donc associée, autant dans le sens commun que dans les travaux des chercheurs, à une figure féminine qui met en œuvre des dispositions traditionnellement attribuées aux femmes. Cette représentation correspond à ce que M. Charpin (2014) nomme « l'idéalisation philanthropique de la profession » qui associe à cette fonction l'image de la religieuse dévouée et l'idée de vocation.

Cette vision repose principalement sur une réalité passée. Le rôle de soignante, dont vont s'emparer les infirmières, était à l'origine assurée par des religieuses qui prenaient soin des malades et des mendiants (Knibiehler, 1984). Cette activité professionnelle est alors historiquement largement féminisée⁷ (Bessière, 2005 ; Chauvenet, 1974 ; Knibiehler, 1984 ; Petitat, 1989). Si certains auteurs et certaines autrices ont montré que, contrairement aux idées reçues, des hommes étaient bel et bien présents dans les métiers du soin jusqu'au milieu du XIX^e siècle (Carbuccia, 2010 ; Ross-Kerr, 2003 ; Roy et al., 2011), ces derniers se sont trouvés relativement écartés ensuite (Arborio & Divay, 2018).

Dès 1398, le métier d'« enfermier » est créé. Celles et ceux assurant cette fonction ont pour rôle de laver, reconforter, nourrir et réaliser des soins courants. En 1633, Saint-Vincent-de-Paul remet en cause l'efficacité de la simple charité et porte l'idée de connaissances nécessaires à la réalisation de ces soins. Apparaît alors la première structure de formation des infirmières : « La Compagnie des Filles de la Charité » qui recrute des jeunes femmes en bonne santé et à la réputation irréprochable. Ces dernières reçoivent une formation de la part de sœurs

⁶ Une observation conduite au sein d'un centre d'informations et d'orientation a révélé que les formations de la santé sont rangées du côté des formations au travail social. « *Sur le mur, un présentoir avec plusieurs catalogues à consulter sur place. Ceux qui sont dans cette partie de la pièce concernent la santé et le social qui sont rangés sur le même présentoir. Plus loin, des catalogues sur l'armée de terre. Les formations scientifiques sont placées dans un autre coin de la salle, sur une étagère propre.* » (Observation CIO de Lérins, le 25/10/16). Sur le site de l'ONISEP, le secteur de la santé (médical et paramédical) est également associé à celui du social, mais aussi à celui du sport. (Site de l'ONISEP, consulté le 10/01/21).

⁷ Pour une histoire de la profession complète se référer aux travaux de Y. Knibiehler (1984), E. Rothier-Bautzer (2012) et aux thèses récentes de H. Carbuccia (2010), C. Barraud (2013), L. Girard (2018) et K. Toffel (2018).

qui portent notamment sur les besoins de la personne. Si, à partir du XX^e siècle, une laïcisation accompagne la constitution de ce groupe professionnel (Knibiehler, 1984), ce mouvement n'a pas pour autant remis en cause le caractère féminin de cette activité.

Comme le montre F. Muel-Dreyfus (1996), dans son travail de socio-histoire sur la place des femmes sous le régime de Vichy, le travail infirmier de l'époque reste fortement imprégné et construit autour de la « culture catholique féminine ». Sa recherche fondée sur l'analyse d'archives (analyse de textes officiels, films et revues de propagande, d'associations féministes, etc.) met en effet en évidence le rôle de l'Église dans la production d'un « éternel féminin ». Elle montre comment l'Église participe à porter une vision émancipatrice des femmes en défendant leurs droits (à l'éducation notamment), en légitimant l'engagement de celles-ci dans la cité et dans la sphère privée tout en les cantonnant à la soumission et à la subordination. F. Muel-Dreyfus dépeint à cette occasion le travail infirmier comme un mode d'exercice d'une « maternité symbolique », valorisant des dispositions traditionnellement attribuées aux femmes telles que l'humilité, le renoncement et le sacrifice de soi. Les différentes formations du début du XX^e siècle ont d'ailleurs été pensées comme des espaces de socialisation féminins. L'un des modèles portés par F. Nightingale en Grande-Bretagne et par A. Hamilton en France, visait en effet à transmettre un certain nombre de valeurs associées aux femmes de l'élite anglaise (propreté, discipline) à des femmes de bonne éducation, issues des milieux sociaux aisés. Dans ce modèle, l'activité de soignante était appréhendée comme une extension normale du rôle de mère et d'épouse (Evans, 2004). Les autres formations qui ont vu le jour en parallèle n'étaient pas en rupture avec cette représentation. Le modèle porté par le docteur Bourneville se distinguait du précédent relativement au type de femmes auquel s'adressait la formation. Il proposait d'élargir le recrutement à tous les milieux sociaux et dispensait des cours relatifs à la médecine, à l'administratif, à l'hygiène et à la morale. L'institutionnalisation de la formation autour de ce modèle est adoptée et reconnue par le décret Combes en 1922 puis rendue obligatoire vingt ans plus tard, en 1946.

La critique féministe à la fin des années 1960 vient renforcer l'idée que la présence d'hommes risque d'introduire dans cet univers féminin les fondements du patriarcat et l'imposition d'une hégémonie masculine (O'Lynn & Tranbarger, 2007), c'est pourquoi entre autres, jusqu'aux années 1970, de nombreux écrits professionnels portent la trace d'une hostilité envers la présence d'hommes dans cette formation et dans cette profession (B. Roy et al., 2011). À cette époque, les femmes représentent alors 95,3 % des diplômées (Marquier, 2006).

Cette double origine, congrégationniste et féminine (Chauvenet, 1974 ; Knibiehler, 1984 ; Petitat, 1989) de l'activité infirmière participe à la fabrication et à la persistance de « l'idéalisation philanthropique de l'infirmière » (Charpin, 2014) décrite précédemment.

Néanmoins cette représentation correspond également à une partie de la réalité actuelle de cette formation et de cette activité professionnelle. Les statistiques et les travaux de recherche montrent qu'aujourd'hui encore, les femmes y sont majoritaires (Avril & Vacca, 2020 ; Barlet & Cavillon, 2010 ; Bessière, 2005 ; Giami et al., 2013), malgré une augmentation de la part des hommes. En 2016, les femmes constituent 83,2 % du public de la formation en soins infirmiers. Un profil qui se retrouve dans la profession puisque 87 % des infirmiers sont des infirmières⁸. Une telle réalité genrée me conduit à faire le choix du féminin dans cette thèse pour qualifier l'ensemble des étudiants et des étudiantes, des infirmières et des infirmiers⁹.

En outre, le travail infirmier auquel prépare la formation est un travail du *care*¹⁰ (Benelli & Modak, 2010 ; Molinier, 2009) : relatif aux soins et à la prise en charge de patients qui mobilise le souci des autres, la sollicitude, autant de dispositions qui s'inscrivent, selon certains chercheurs et chercheuses, en « continuité » avec le rôle qui est traditionnellement imparti aux femmes au sein du foyer (Molinier, 2009 ; Wharton, 2004), à l'instar de ce que constatait déjà F. Muel-Dreyfus (1996) pour le XX^e siècle. La formation à cette activité professionnelle cultiverait alors toujours des dispositions traditionnellement attribuées aux femmes pour préparer les étudiantes à investir leur future fonction.

Cependant, la formation en soins infirmiers ne se cantonne plus actuellement aux domaines précités.

Les programmes se sont modifiés progressivement au gré des évolutions de l'activité professionnelle. La technique est introduite dès le milieu du XX^e siècle avec les réformes de

⁸ Ce chiffre est issu du panorama de la DRESS *Portrait des professionnels de santé 2016 (Portrait des professionnels de santé - édition 2016, 2016)*

⁹ En effet, dans cette thèse, le terme « étudiante » sera retenu pour désigner l'ensemble des étudiants et étudiantes en soins infirmiers, tout comme celui « d'infirmière » plutôt que « d'infirmier » pour désigner l'ensemble des professionnels homme et femme. Cette féminisation sera également appliquée aux formatrices et aux aides-soignantes. Dès lors, les termes « professionnelle », « personnelle de santé » ou « stagiaire » seront utilisés et accordés au féminin pour désigner ces différentes catégories (infirmière et/ou aide-soignante et/ou formatrice et/ou étudiantes). Dans la lignée de ce que propose C. Barraud (2013), il s'agit au travers de ce choix du féminin de ne pas perdre de vue que ces professions et cette formation sont largement féminisées, et ce quelle que soit l'époque. J'ai bien conscience qu'un tel choix participe à invisibiliser encore plus les quelques hommes présents dans la formation et dans la profession, mais l'utilisation du masculin masque la réalité de la prégnance des femmes dans cette voie et pourrait rendre invisibles certains enjeux de genre qui sont pourtant au cœur de ce travail. Par ailleurs, l'écriture inclusive n'a pas été retenue ici par souci de clarté, mais également parce que cette forme d'écriture permettant d'inclure les hommes et les femmes dans cette formation et dans cette profession sur un pied d'égalité revenait à conférer aux hommes une place qu'ils ne prennent pas ou ne peuvent pas prendre du fait de leur marginalité. L'écriture inclusive n'ayant pas été retenue pour les catégories précitées, le choix a été fait de ne pas l'employer pour le reste des catégories professionnelles mentionnées dans cette thèse. Néanmoins, pour ne pas occulter la présence de l'un ou l'autre des sexes dans ces différentes activités professionnelles, les termes désignant les professions seront employés au féminin et au masculin (ex : les psychomotriciens et les psychomotriciennes).

¹⁰ Le *care* désigne à la fois l'action « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de » et le substantif de « soin », d'« attention », de « sollicitude » (Laugier & Molinier, 2009), nous y reviendrons plus en détail dans le Chapitre II de cette thèse (cf. p. 159).

1951 et 1961. Dans les années 1970, c'est au tour de la recherche et de la dimension préventive, l'éducation thérapeutique et la promotion à la santé notamment, de se faire une place dans ce cursus. À partir des années 1980, des pratiques spécifiques à la profession sont enseignées, notamment grâce à l'ouverture de diplômes universitaires. La formation valorise donc d'autres types de savoirs¹¹ qui sont liés au contexte de professionnalisation, aux évolutions et aux nouvelles exigences du travail infirmier.

La modification récente des modalités de sélection¹² a permis d'afficher explicitement que les savoirs liés à l'humain et au relationnel ne sont plus les seules attendues. Les « aptitudes à la démarche scientifique et la maîtrise des bases de l'arithmétique » sont aujourd'hui un des prérequis nationaux de cette formation paramédicale¹³. Les données nationales récentes disponibles ne permettent pas encore de mesurer l'impact de ce changement de modalités sur la filière d'origine des étudiantes qui suivent la formation¹⁴. Cependant les données précédentes, relatives au recrutement par concours, montrent que cette formation est largement « scientifique » et « technique » du point de vue de la section du baccalauréat d'origine de ses étudiantes. Les étudiantes en soins infirmiers étaient en 2016 plus des deux tiers à avoir suivi une formation scientifique avant d'intégrer ce cursus : baccalauréat général scientifique S (31,9 %), mais également baccalauréats technologiques ST2S (sciences et techniques de la santé et du social : 26,6 %) et dans une moindre mesure STL (sciences et technologies de laboratoire : 2,2 %)¹⁵. Ce recrutement scientifique et technologique apparaît en adéquation avec les logiques inscrites dans le « nouveau référentiel » de formation datant de 2009 qui fait une place non négligeable aux sciences et techniques.

Ces nouvelles dimensions viennent questionner la permanence d'une socialisation genrée en œuvre dans cette formation et celle d'une « idéalisation philanthropique de la

¹¹ Le terme savoirs est à comprendre dans cette thèse au sens large de connaissances et de « savoirs comportementaux » (P. Kergoat, 2001), c'est-à-dire autant des savoir-faire que des savoir-être.

¹² Autrefois accessible sur concours, le recrutement se fait depuis 2019 sur dossier à partir de la plateforme Parcoursup.

¹³ Elles font partie des critères de sélection, en parallèle de la prise en compte des notes (de première, de terminale, des épreuves anticipées du baccalauréat, et de l'enseignement supérieur pour ceux qui sont en reconversion), du niveau de langue française, et d'éléments plus qualitatifs telles que les appréciations, l'explicitation du projet d'orientation, les capacités organisationnelles et de savoir-être ainsi que de la connaissance du monde sanitaire et social.

¹⁴ Si une base de données ouverte permet d'avoir des éléments sur le type de baccalauréat d'origine (général, technologique ou professionnel), celle-ci n'offre pas d'informations sur la nature des filières côtoyées (S, ST2S, EES, STMG, L...). Le rapport « repères et références statistiques » produit par la DRESS qui contient habituellement ces informations n'est pas encore disponible pour l'année 2019-2020.

¹⁵ Ce chiffre est issu du panorama de la DRESS *Portrait des professionnels de santé 2016 (Portrait des professionnels de santé - édition 2016, 2016)*.

profession »¹⁶. Les sciences et les techniques sont en effet traditionnellement perçues comme l’apanage des hommes tant dans les représentations communes (Detrez & Piluso, 2014 ; Finson, 2002) que dans le monde politique (Las Vergnas, 2017). Cette idée est renforcée par le constat d’une rareté des filles dans les formations scientifiques de l’enseignement supérieur attestée par plusieurs travaux sociologiques (Baudelot & Establet, 1992 ; Blanchard et al., 2016 ; Bourdieu, 1998 ; Duru-Bellat, 1990 ; Jacques, 2003 ; Renisio, 2016) et par les statistiques récentes. En 2019, les femmes représentent seulement 41,4 % des étudiants dans les formations scientifiques¹⁷. Contrairement aux hommes, ces dernières tendent à délaisser les filières scientifiques pour gagner les voies littéraires et économiques, une différence d’orientation qui s’étend du lycée à l’ensemble de l’enseignement supérieur¹⁸.

Si ces divergences ont d’abord été interprétées comme la traduction de différences de niveaux autrefois attribuées à des différences biologiques entre les deux sexes (Linn & Hyde, 1989), plusieurs études de neurobiologie, de sciences de l’éducation et de sociologie ont invalidé ces croyances. Elles ont montré qu’il existait plus de différences entre les cerveaux d’individus de même sexe qu’entre ceux d’un homme et d’une femme (Linn & Hyde, 1989 ; Vidal & Benoit-Browaays, 2005), mais également que les divergences de réussite selon le sexe étaient limitées et statistiquement peu significatives (Baudelot & Establet, 1992 ; Boaler & Sengupta-Irving, 2006 ; Duru-Bellat, 2004). L’enquête PISA¹⁹ de 2018 corrobore ce constat. Elle montre que si les garçons sont légèrement plus nombreux à être très performants en

¹⁶ Étant entendue ici comme l’association à l’activité d’infirmière de dispositions inspirées de la « culture catholique féminine », c’est-à-dire de l’ordre d’une « maternité symbolique » (Muel-Dreyfus, 1996).

¹⁷ Les chiffres de ce paragraphe sont issus du RERS 2020. Sont comptabilisés tous les étudiants inscrits dans une formation scientifique d’un établissement de l’enseignement supérieur public et privé en France, territoire d’outre-mer compris. Toutes les formations des écoles d’ingénieurs (classes préparatoires intégrées, formations d’ingénieurs, en partenariat ou non, masters, etc.) ainsi que celles de la santé sont intégrées à la population. (Repères et références statistiques, 2020)

¹⁸ Dans les lycées généraux, la filière littéraire (L) est largement féminisée avec une part des filles égale à 79 % alors que la filière scientifique en accueille seulement 47,7 %. Ce constat pourrait laisser augurer une relative égalité entre les élèves de deux sexes, mais le choix des enseignements de spécialités effectués dès la première permet de rendre visibles des inégalités. Alors même que filles et garçons privilégient les mathématiques, cette spécialité est plus fréquemment suivie par les seconds (différence de 16,4 points), tout comme la physique chimie (56,5 % contre 39 % des filles). Les filles prennent quant à elles plus souvent les sciences de la vie et de la terre en spécialité. Elles sont 44,7 % à effectuer ce choix contre 40,7 % des garçons. Dans l’enseignement professionnel, le caractère genré de l’orientation est également une réalité. Les filières les plus féminisées sont celles de l’animation culturelle, sportive et de loisirs (99,3 % de filles), les spécialités plurivalentes sanitaires et sociales (90 %) et l’habillement (90,1 %). À l’inverse, les garçons investissent davantage le secteur de l’énergie et génie climatique (99,5 %), l’électricité et l’électronique (98,2 %) ainsi que les spécialités pluritechnologiques en mécanique-électricité (97,2 %). La situation est similaire plus tard dans le cursus. Les sciences restent une discipline davantage investie pas les hommes dans l’enseignement supérieur. Les femmes représentent seulement un étudiant sur cinq des STS scientifiques (20,9 %) et environ un tiers des étudiants en écoles d’ingénieurs (28,7 %), en filières de sciences fondamentales et application à l’Université (29,7 %), ou en classes préparatoires scientifiques (31,3 %).

¹⁹ Programme international pour le suivi des acquis des élèves, ensemble d’études menées tous les trois ans par l’OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) qui mesure les performances des systèmes éducatifs des pays.

sciences (+2 points), cet écart de performance est très faible et jugé non significatif pour la France. À ce constat, s'ajoute celui de M. Blanchard, S. Orange et A. Pierrel (2016) qui montrent, grâce à leur étude sur les classes préparatoires, que ces légères différences de performances n'expliquent par ailleurs pas l'orientation différenciée des élèves des deux sexes. M-H. Jacques (2002, 2003) montre de son côté l'influence de l'origine sociale, mais aussi de la sociabilité et de l'usage de l'espace sur ces différences d'orientation en sciences.

Bien que l'explication ne soit pas celle d'une différence de niveau entre les hommes et les femmes, les résultats des recherches ont continué à entretenir l'idée que les sciences étaient un domaine supposé masculin. En effet, les travaux qui se sont attachés à expliquer ce phénomène ont mis en évidence l'effet des « stratégies actives » des élèves qui s'orientent en tenant compte des rôles sociaux qu'ils vont avoir à jouer dans la société (Duru-Bellat, 1990) ou qui appréhendent leurs choix d'orientation comme des projections identitaires permettant de s'affirmer en tant que femmes ou hommes (Collet, 2005, 2015 ; Marro & Vouillot, 1991 ; Vouillot, 2007). Une autre partie des recherches sur cette question rend compte du poids de l'intériorisation de rapports sociaux et des stéréotypes de genre (Baudelot & Establet, 1992 ; Bourdieu, 1998) et montre que l'orientation résulte d'une « orientation apprise des intérêts » : si les hommes s'orientent plus que les femmes en sciences, c'est avant tout parce qu'ils ont appris à manifester un plus grand intérêt pour ce domaine. Ces auteurs et autrices ainsi que de nombreux chercheurs et chercheuses par la suite ont mis en évidence le rôle central de la prime éducation dans cette intériorisation. La socialisation primaire, distincte en fonction du genre (Bourdieu, 1998 ; Gianini Belotti, 1994), permet aux garçons de se forger des dispositions plus en affinité avec les attributs scientifiques. Ils sont par exemple davantage encouragés à développer une « libido sciendi », littéralement le désir de savoir. Or, cette disposition leur serait profitable dans une orientation vers les sciences. Les filles, victimes d'un effet « Pygmalion inversé » (Bourdieu, 1998), se voient, quant à elles, sommées de prendre une autre orientation.

Des travaux montrent encore que l'apprentissage de ces rapports sociaux dépasse la seule socialisation familiale. Plusieurs recherches mettent en évidence le rôle de la socialisation secondaire, et notamment de l'école dans ce processus. Elles montrent l'influence des interactions en classe (Costes et al., 2008 ; Felouzis, 1993 ; Mosconi, 2001), mais aussi des attentes et des pratiques enseignantes (Marro, 1995 ; Mosconi, 2001) ainsi que du poids du « curriculum caché », c'est-à-dire de l'influence des apprentissages implicites contenus dans les programmes, les manuels, les jugements en classe et les interactions scolaires (Barthes, 2017 ; Perrenoud, 1993 ; Queiroz, 2014). Toutes ces recherches participent à conforter l'idée que les sciences et techniques sont des domaines masculins, non pas par essence comme le soutiennent

les croyances communes, mais de manière construite. Les hommes sont conduits au cours de la socialisation primaire et secondaire à développer plus que les filles des dispositions spécifiques qui les avantagent ensuite dans la pratique des sciences et des techniques. La place importante aujourd'hui faite aux cultures scientifique et technique dans la formation en soins infirmiers vient donc questionner la permanence d'une « idéalisation philanthropique de la profession », mais aussi l'image d'une formation dispensant une socialisation genrée²⁰. En tant qu'institution d'enseignement en effet, ce cursus participe à la socialisation secondaire des individus. Si l'on suit les conclusions des travaux précités portant sur l'orientation des femmes en sciences, ce qui se jouerait dans la formation actuellement avec la promotion des sciences et des techniques serait un bouleversement de ces normes.

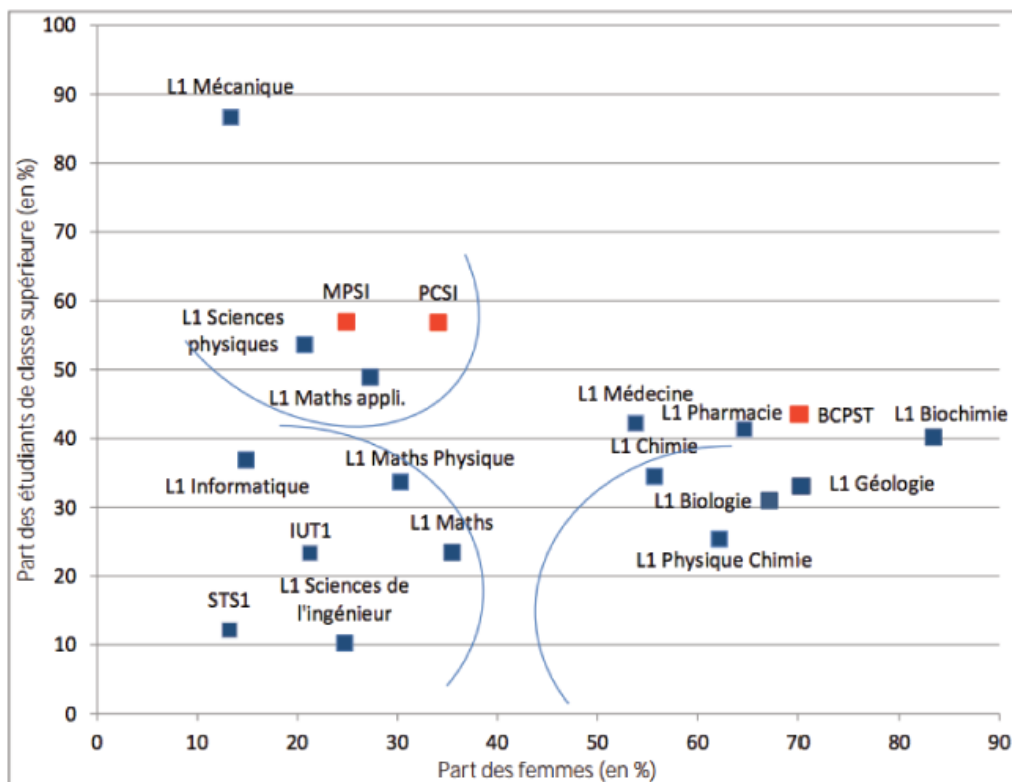
Néanmoins, cette affiliation des sciences et des techniques avec les dispositions masculines résulte d'abord et avant tout d'enquêtes essentiellement focalisées sur les formations scientifiques les plus masculines et les plus prestigieuses comme le baccalauréat général scientifique (S) (Duverney, 2006), les classes préparatoires (Bourdieu, 1989), les études d'ingénieurs (Marry, 2004), les formations de Polytechnique (Ferrand et al., 1996). Il apparaît en effet que les recherches portant sur l'orientation en sciences et dans les voies techniques sont largement menées dans le champ des formations générales et que les sociologues (du genre) ont tendance à étudier les filles en situation minoritaire plutôt qu'en situation majoritaire y compris dans les études sur le domaine médical²¹. Ces focales conduisent non seulement à invisibiliser encore plus les filles dans les voies scientifiques, mais renforcent également l'idée d'une impossible affinité entre dispositions supposées féminines et savoirs « scientifiques » et « techniques ». Une vision en termes de manques tend alors à s'imposer dans la société : si les filles ne vont pas en sciences, c'est parce qu'elles sont moins aptes que les garçons à mobiliser des dispositions telles que la rapidité, l'esprit de finesse, l'efficacité. Or, il apparaît que les femmes ne sont aujourd'hui plus totalement absentes des voies scientifiques. L'analyse des effectifs de la part des femmes dans les différentes filières scientifiques révèle que toutes les

²⁰ La socialisation genrée est entendue ici comme un processus de transmission des attentes, des attitudes et des comportements associés à un sexe. Nous reviendrons plus en détail sur l'explicitation de ce point p. 22.

²¹ À l'exception des travaux de C. Avenel (2013) et de A-C Hardy-Dubernet (2005) ou de N. Lapeyre et N. Le Feuvre (2005), qui ont travaillé pour la première sur la construction des projets d'avenir genrés chez les étudiants de médecine et pour les autres sur les conséquences de la féminisation de cette filière sur la répartition sexuelle au sein de la profession, les études portant sur les filles en médecine sont peu nombreuses et se concentrent sur les spécialités dans lesquelles elles sont minoritaires comme la chirurgie (Zolesio, 2009) ou s'attachent à montrer que leur arrivée dans le corps médical n'a que peu changé la structuration sexuée de ce champ (Crompton & Le Feuvre, 1997 ; Paicheler, 2001) et que les femmes demeurent minoritaires dans certains domaines (Gardey & Chabaud-Rychter, 2002 ; Simon & Niel, 1999).

filières scientifiques ne sont pas l'apanage des hommes. Les femmes représentent plus des deux tiers des étudiants en santé (65,3 %) et en sciences de la vie, de la santé, de la Terre et de l'Univers à l'Université (62,8 %) ²². Elles sont également largement majoritaires dans les filières paramédicales. Elles représentent 82,2 % des formations de base dans ce domaine ²³. Elles sont donc majoritaires dans certaines filières très « scientifiques » du point de vue de la section d'origine des bacheliers (Renisio, 2016) et des référentiels de formations qui font une place non négligeable à la biologie, à la chimie, aux sciences de la vie et de la terre ainsi qu'aux sciences humaines et sociales. Plusieurs recherches font d'ailleurs état de cette répartition polarisée du champ scientifique (Blanchard et al., 2016 ; Mosconi, 1994 ; Renisio, 2016). Elles montrent que les femmes se concentrent dans les disciplines scientifiques les moins reconnues comme telles.

Graphique 1 : Structuration de l'espace des filières scientifiques de l'enseignement supérieur en fonction du genre et de l'origine sociale (en 1^{re} année) (en %)



Source : Représentation réalisée par M. Blanchard, S. Orange et A. Pierrel (2016) à partir des données de l'enquête Condition de vie 2010 de l'OVE et de leur enquête menée sur les classes préparatoires à l'ENS menée de 2013 à 2014

²² (Repères et références statistiques, 2020)

²³ Ce chiffre est issu d'un document de la DRESS, (Croguennec, 2018). Les formations de base regroupent 12 formations : ambulanciers, infirmiers, sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire médical, aides-soignantes, pédicures podologues, manipulateurs d'électroradiologie médicale, ergothérapeutes, psychomotriciens, auxiliaires de puéricultrice et préparateurs en pharmacie hospitalière.

La présence de femmes, en grand nombre, dans des formations scientifiques dominées (du point de vue de leur composition sociale comme des statuts auxquels elles donnent accès), invite à revoir l'idée que ces domaines seraient l'apanage des hommes (Devreux & Moos, 2016). Aujourd'hui, le hiatus entre femmes et « sciences » n'est plus si évident, et comme l'atteste l'existence de certaines filières scolaires, les voies scientifiques peuvent s'accorder au féminin.

À l'aune de ces constats, plusieurs questions se posent : Quelle est exactement la place des sciences et des techniques dans la formation en soins infirmiers ? Quelles conséquences cela a-t-il pour les futures infirmières ? La formation en soins infirmiers remet-elle aujourd'hui en cause l'idéalisation philanthropique de l'infirmière ? Cette institution d'enseignement participe-t-elle toujours et seulement à l'inculcation d'une socialisation genrée ? Entretien-elle toujours une division sexuée des savoirs ?

Dès 1985, à la suite de la sortie de l'ouvrage *Cornettes et blouses blanches* d'Y. Knibiehler (1984) qui retrace l'histoire de la profession depuis 1880, la nécessité de creuser cette question a été soulevée par Y. Ripa (1985) : « *Ce livre appelle à une étude plus minutieuse du contenu idéologique et scientifique des formations reçues par les infirmières, ce qui n'était pas le but visé* ». Cette invitation prend tout son sens à la lecture des travaux plus récents d'A. Petitat (1989) sur la transformation des logiques et des modèles de la profession qui montrent l'avènement de la logique assurantielle et de la médecine scientifique venues supplanter la logique de la charité. Son travail, qui objective l'imposition d'une nouvelle hiérarchie des connaissances dans le champ de la santé, permet de prendre conscience de la place dominante des connaissances scientifiques, devenues alors gage de respectabilité. Ces constats renforcent la nécessité d'explorer la question des sciences et des techniques dans le travail des infirmières.

Même si les travaux s'intéressant aux infirmières ne manquent pas, ils ne répondent que très partiellement à cet angle de recherche. Très peu en effet se sont attachés à explorer la place et les conséquences de la diffusion de savoirs scientifiques dans cette formation et cette activité professionnelle.

La plupart se concentrent sur cette activité professionnelle pour rendre compte de son évolution (Chauvenet, 1974 ; Chevandier, 2021 ; Cohen, 2002 ; Knibiehler, 1984), mais aussi des rapports interprofessionnels ou encore de la position des infirmières (Aïach & Fassin, 1994 ; Hughes, 1997 ; Picot, 2005 ; Toffel, 2018). Un certain nombre étudient également la construction des identités professionnelles (Acker, 1991 ; Rothier-Bautzer, 2012 ; Véga, 1995, 1997, 2000).

L'étude de la formation des infirmières, longtemps délaissée par les sociologues, a fait l'objet de plusieurs recherches depuis les années 2000. Une partie des travaux, encore peu nombreux, s'intéresse à l'accès à cette filière. Le mémoire de J. Roby (2012) de l'Université de Limoges montre la forte hétérogénéité sociale du public et le caractère intermédiaire du recrutement par rapport aux autres formations de la santé. Il révèle ensuite que la culture somatique des étudiantes ne se réforme pas radicalement au contact de cette institution. Ce mémoire offre un complément récent à l'étude menée par M. Wenner (1999) sur les trajectoires de vie économique et sociale favorisant une orientation vers cette profession. Ce travail de se réclamant de la sociologie psychologique a mis en évidence la surreprésentation des expériences de rupture dans les trajectoires familiales des infirmières. Plusieurs travaux récents rendent également compte du recrutement des infirmières, notamment la thèse de L. Girard (2018) et le mémoire d'A. Le Corre (2018) de l'Université de Poitiers centré sur les classes préparatoires aux concours infirmiers. La première met également en évidence la diversité des profils d'étudiantes, que ce soit sur le plan de l'âge, de l'origine sociale ou du parcours scolaire. Elle éclaire en outre le mode de sélection de ce cursus en montrant que celui-ci fonctionne selon un principe de « présomption d'incompétences » : celles qui entrent dans cette voie sont celles qui ont commencé à s'appropriier les normes du groupe professionnel, les autres sont éliminées. De son côté A. Le Corre (2018) montre que les classes préparatoires à la formation des infirmières sont surtout le fait des étudiantes issues des classes populaires et de familles « stabilisées » (deux parents en emploi). Les bacheliers technologiques et professionnels y sont présents en proportion importante. Dans la majorité des cas, ces élèves n'ont pas tenté de concours avant, ce qui signifie qu'ils se sont détournés d'un accès direct à la formation des infirmières. Pour financer cette préparation au concours, ils ont travaillé durant les vacances d'été et se sont appuyés sur l'aide de tiers. Les bacheliers issus de la filière générale scientifique et ceux issus des classes supérieures optent selon lui pour une autre voie pour entrer dans la formation des infirmières.

D'autres travaux, plus nombreux, reviennent sur la socialisation produite au cours de la formation en soins infirmiers : socialisation corporelle, mais également socialisation professionnelle et construction identitaire. Leur objectif est de mettre en évidence la construction des professionnelles infirmières, et plus précisément de décrypter le phénomène de construction des identités professionnelles dans la lignée des travaux d'H. Becker (1977) et d'E. Hughes (1958). La thèse de C. Barraud (2013) pointe en ce sens l'évolution des représentations socioprofessionnelles au cours de la formation, celle de L. Girard (2018) analyse le passage du statut de « profane » à celui de « professionnelles débutantes » pour comprendre plus précisément comment une formation généraliste peut conduire à la diversité

des exercices de la profession. Sa thèse questionne plus précisément la fabrication de ces professionnelles et décrit les étapes de la socialisation qui passe par des apprentissages *in situ* lors des stages et par la mise en œuvre du cadre de référence fourni par les formatrices. Elle montre ainsi comment les étudiantes sont amenées à définir leur rôle, comment elles doivent apprendre à contrôler leurs émotions et s'intéresse plus spécifiquement à la « désignation » des professionnelles en dévoilant l'enjeu de professionnalisation qui sous-tend les stages.

Ces recherches complètent des travaux qui analysent le processus de socialisation corporelle. A. Piret (2003) est la première à s'être intéressée à la construction d'un rapport au corps spécifique. O. Ricks (2008) a par la suite mis en avant l'apprentissage par les étudiantes d'une certaine soumission à travers une étude sur les modalités d'intégration, d'incorporation et de reproduction des « techniques du corps » spécifiques à la profession. L'inculcation de cette posture de soumission a également été mise en avant par un travail ethnographique mené par P. Thouvenin (2004). Ce dernier a aussi rendu compte du processus d'intériorisation d'un éthos de contrôle des émotions, mais a surtout permis de restituer les techniques d'apprentissage qui ont cours au sein des IFSI : apprentissage de techniques standardisées via l'utilisation de protocoles, logique de l'automatisme, reproduction gestuelle, modèle de la ressemblance fondé sur le compagnonnage. Autant de recherches qui éclairent la socialisation spécifique à laquelle les étudiantes sont confrontées.

L'étude du cadre et du curriculum de la formation a quant à elle longtemps été délaissée, mais s'avère aujourd'hui de plus en plus documentée. Le mémoire de M. Charpin (2014) montre, à partir d'une analyse des programmes, l'émergence d'un nouveau modèle identitaire au sein de la formation en soins infirmiers qui s'est imposé à partir de 2009 et qui a eu pour conséquence de creuser l'écart entre valeurs soignantes nouvellement transmises et contraintes du métier, mais qui a également généré des difficultés d'assimilation provoquées par le décalage entre culture des anciennes professionnelles et savoirs transmis actuellement. J. Roby (2012) a lui aussi exploré les programmes et a conduit une étude statistique dans son mémoire qui lui permet de rendre compte de la prééminence de l'apprentissage pratique dans cette formation. Son analyse révèle comment la formation sélectionne et renforce des dispositions ajustées à la position sociale intermédiaire des infirmières. La thèse de sciences de l'éducation soutenue par H. Carbuccia (2010) explore également l'évolution curriculaire de cette formation au cours du XX^e siècle en la reliant au contexte sociohistorique pour montrer comment cette formation construit un « genre professionnel » au sens de Y. Clot (1999)²⁴.

²⁴ Le « genre professionnel » désigne l'ensemble des règles de vie et de métier partagées dans un milieu donné qui imposent une manière d'agir.

Ces enquêtes restituent finement les évolutions de la formation et du travail infirmier ainsi que la production de dispositions spécifiques à cette activité socialement située. Néanmoins, elles laissent de côté des thèmes qui sont pourtant des enjeux centraux pour comprendre la place qu'occupe la profession dans l'espace social. Elles explorent tout d'abord très peu la question du genre et des sciences. Au-delà du constat de la féminisation et de l'avènement d'une nouvelle logique des connaissances, ces recherches cherchent peu à comprendre comment cette formation, qui impose un nouveau modèle de connaissances empreint d'une forte valorisation de la logique scientifique et technique, demeure en même temps fortement féminisée. Au-delà du comment, elles permettent peu de voir ce qu'un tel modèle de formation produit chez les étudiantes. Rares sont en effet les travaux qui étudient l'influence concrète de la transmission de ces savoirs émergents.

2. Enquêter le pôle scientifique dominé

Mes enquêtes précédentes sur l'orientation des femmes en sciences au lycée (Lermusiaux, 2015, 2016) qui ont sans nul doute été influencées par mon parcours scolaire dans une voie scientifique féminisée de l'enseignement secondaire (la filière générale S, option sciences de la vie et de la terre) m'ont conduite à vouloir explorer cet autre espace scientifique, celui qui recoupe les formations scientifiques dominées et féminisées, celui dont parle peu, sans occulter sa dimension scientifique.

Dans cette perspective, la formation en soins infirmiers a été retenue. Celle-ci m'est apparue comme un poste d'observation privilégié de ce « pôle » scientifique, car il s'agit d'une voie très féminisée qui revendique ouvertement sa dimension scientifique et qui ne correspond pas à une formation prestigieuse au regard de son recrutement comme du travail auquel elle prépare.

Son public est en effet plutôt dominé dans le champ des études supérieures de niveau 5 et 6 (de bac+2 à bac+4). Une majorité des étudiantes ont une mère employée ou ouvrière (53,2 %) et 46,7 % ont un père appartenant à l'une ou l'autre de ces catégories²⁵. Ces proportions en font l'une des formations qui a le plus d'étudiants et d'étudiantes d'origine populaire, dans des proportions similaires aux STS²⁶ (Orange, 2013). Elle accueille deux fois plus d'étudiants et d'étudiantes d'origine populaire que les classes préparatoires aux grandes écoles ou les écoles d'ingénieurs.

Par ailleurs, comme les STS, cette formation a beaucoup d'étudiants et d'étudiantes « en marge » de l'excellence scolaire parmi son public. Les IFSI occupent une position dominée du point de vue de leur recrutement scolaire au regard des autres formations de l'enseignement supérieur. Cette formation est une de celles qui a le moins d'étudiants et d'étudiantes avec mention (un tiers en 2010)²⁷ et qui accueillent le plus grand nombre d'étudiants et d'étudiantes avec retard scolaire, juste derrière les STS et les AES²⁸.

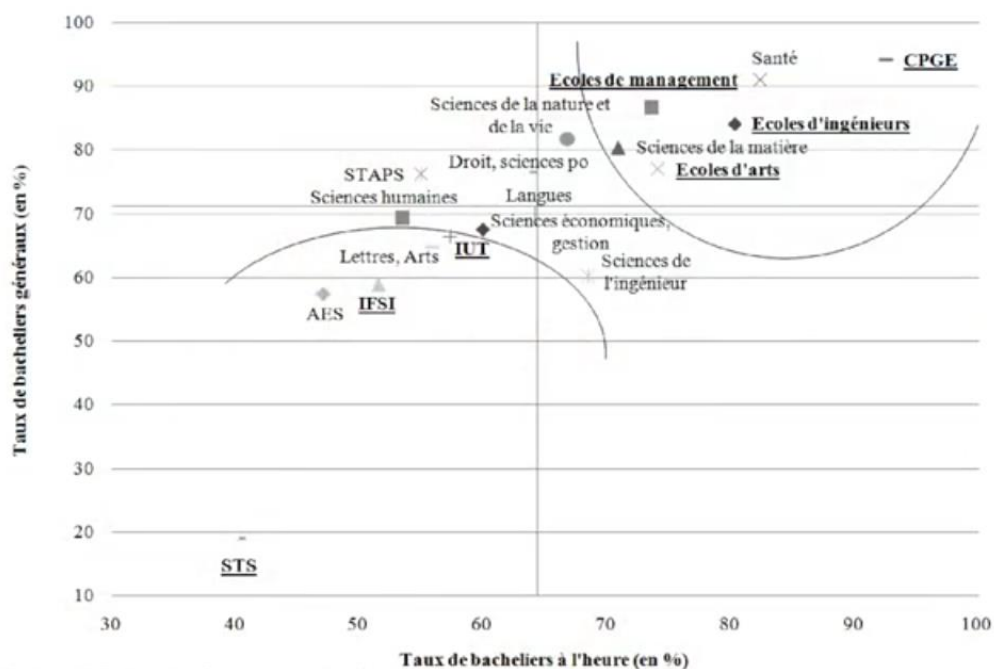
²⁵ Ces chiffres sont issus du rapport de la DRESS, « La formation aux professions de la santé » paru en 2016.

²⁶ Sections de techniciens supérieurs.

²⁷ Enquête Condition de vie des étudiants 2010, menée par l'Observatoire de vie étudiante.

²⁸ AES = Licence administration économique et sociale.

Graphique 2 : Espace de l'enseignement supérieur selon la composition scolaire des formations



Sources : Bodin, R., & Orange, S. (2013). L'université n'est pas en crise : les transformations de l'enseignement supérieur : enjeux et idées reçues. Bellecombe-en-Bauges (Savoie) : Ed. du Croquant.

Le caractère relativement dominé de cette formation dans le champ des études supérieures vient également des perspectives qu'elle propose. Elle conduit à une profession classée comme appartenant aux professions intermédiaires de la santé et du travail social selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE²⁹.

Une telle formation s'inscrit donc dans un mouvement de massification et de démocratisation scolaire (Beaud, 2003 ; Poullaouec & Lemêtre, 2009). Elle permet l'ascension sociale d'étudiantes issues pour une large part des classes populaires qui accèdent par ce biais à une profession de classe moyenne.

L'étude d'une formation avec de telles caractéristiques a été d'autant plus privilégiée qu'elle offrait la possibilité de pallier les points aveugles des autres enquêtes sur la question de l'orientation des femmes en sciences. Elle permet aussi de continuer à documenter un champ de la sociologie de l'éducation qui demeure relativement peu enquêté, celui des voies professionnelles de l'enseignement supérieur (Kergoat, 2010 ; Lessard & Bourdoncle, 2002 ; Moreau, 2013 ; Pierrel, 2020)³⁰ et ce, alors même que leur poids est non négligeable dans

²⁹ Institut national de la statistique et des études économiques

³⁰ Définies ici dans une acception large incluant l'enseignement professionnel par voie scolaire et d'apprentissage, ainsi que les dispositifs de formation continue et de formation supérieure.

l'enseignement supérieur³¹ et qu'elles connaissent un regain de légitimité dans un contexte de dévalorisation des études longues et générales. Les recherches sur l'enseignement supérieur sont en effet pour la plupart concentrées sur le « sous-marché » de l'enseignement général (Convert, 2010), notamment l'université (Becker, 1977 ; Bourdieu, 1989 ; Millet, 2003) et les classes préparatoires (Bourdieu, 1989 ; Darmon, 2013). L'enseignement technologique, « l'autre enseignement supérieur », pour reprendre l'expression de S. Orange (2013), a peu été pris pour objet, même si les études sur cet espace tendent aujourd'hui à se développer (Iori, 2018 ; Pierrel, 2020).

Pour toutes ces raisons, j'ai choisi d'entrer dans le champ des formations scientifiques dominées et féminisées par l'exploration de la formation en soins infirmiers.

³¹ En 2018-2019, les étudiants de STS, d'IUT et de formations paramédicales et sociales représentaient 19,3 % de l'ensemble des étudiants selon MESRI-SIES (Systèmes d'information SISE et Scolarité, enquêtes menées par le SIES sur les établissements d'enseignement supérieur, enquêtes spécifiques aux ministères en charge de l'agriculture, de la santé, des affaires sociales et de la culture).

3. D'une perception positiviste de la science à l'étude empirique des effets et fonctions d'une formation

Influencée par mon propre positionnement social et mon parcours scolaire ainsi que par mes lectures de travaux scientifiques, j'ai d'abord envisagé cette recherche comme un moyen de voir comment ce type de formation éloigne les femmes des sciences et les assigne au soin et à la santé.

Ce questionnement initial était largement inspiré par ma lecture des travaux de B. Skeggs (2014) qui montre que les formations d'aide à la personne en Grande-Bretagne cantonnent les femmes au soin et découlait de mes représentations personnelles sur les sciences et la formation des infirmières, fruit de ma socialisation primaire et secondaire. Passée par un baccalauréat scientifique S option SVT, puis par une classe préparatoire B/L (sciences humaines et sociales), j'ai intériorisé une vision très fermée de « la science », bornée aux champs des mathématiques, de la physique-chimie, de la biologie ainsi qu'aux sciences de la vie et de la terre. Bien que cette vision se soit progressivement élargie aux sciences humaines et sociales, notamment à la suite de mes « choix » scolaires (option SES en seconde, cours de sociologie en CPGE, puis à la faculté de sociologie), ma représentation de ce champ excluait au début de cette recherche la formation des infirmières des « formations scientifiques », et ce d'autant plus que je connaissais très peu ce cursus. Non seulement personne de mon entourage n'a suivi ce type de filières, mais j'ignorais quels types d'enseignements y étaient dispensés. À mes yeux, la formation en soins infirmiers était largement axée sur le relationnel et la technique.

Ce sont mes premiers pas sur le terrain et l'étude du référentiel qui m'ont conduite à constater que cette formation ne dénie pas la dimension scientifique et à voir au contraire qu'elle la promeut³², me poussant ainsi à faire évoluer ma problématique.

Toujours influencée par mes représentations de départ, j'ai, dans un premier temps, longtemps essayé de classer les savoirs transmis en IFSI dans le but de montrer comment les infirmières sont en réalité exclues des sciences. Cet angle de recherche me poussait à définir de manière positiviste les frontières de la science.

³² Les chapitre 2 et 4 de cette thèse reviendront sur ce point en détail. Ils montreront que le référentiel actuel de la formation promeut largement les savoirs scientifiques, mais également que l'IFSI comme les stages cultivent ces savoirs.

Or, ma lecture de *L'ordre des choses* de C. Grignon (1971) est finalement venue remettre en cause cette manière d'appréhender mon objet d'étude et m'a permis de saisir réellement la direction que je devais donner à cette thèse. Comme le suggère ce chercheur, l'objet du sociologue est moins d'établir l'essence des savoirs transmis, que les « fonctions sociales » de ces derniers. En tant que sociologue, j'ai donc pris conscience que je devais moins m'attacher à identifier la nature des savoirs que tenter de révéler ce que la transmission des savoirs dans toutes ses dimensions produit.

C'est ainsi qu'a progressivement pris forme l'objet de cette thèse : offrir une perception ouverte des effets et des fonctions de la formation des infirmières.

4. Problématisation et positionnement

Finalement, la problématique qui guide cette recherche peut être résumée ainsi : la formation en soins infirmiers est très féminisée et prépare à une activité professionnelle qui met, aujourd'hui encore, en œuvre de nombreuses dispositions féminines. Néanmoins, une partie des savoirs actuellement transmis semble s'en éloigner. Se pose alors la question suivante : Comment cette formation, en produisant des infirmières « scientifique du care » en réponse aux enjeux de professionnalisation et aux évolutions du travail infirmier, contribue dans le même temps à la transmission d'une nouvelle forme d'éternel féminin ?

Le parti pris de cette étude est de mettre en évidence le rôle de la transmission des savoirs dans le façonnement de dispositions de genre. Celle-ci apportera ainsi un éclairage complémentaire aux recherches qui mettent en avant le poids de l'école dans la fabrication du genre (De Boissieu, 2007 ; Felouzis, 1993 ; Marro, 1995 ; Mosconi, 2001). Il s'agit de montrer que contrairement à l'idée selon laquelle tout se joue dans la prime socialisation et l'enfance, en réalité les instances de socialisation secondaire ont aussi un grand rôle dans le façonnement des identités de genre (Darmon, 2006 ; Falconnet & Lefaucheur, 1975 ; Hirata et al., 2000 ; Molinier & Welzer-Lang, 2000). Même si la nature des dispositions investies par les étudiantes dépend en partie de leur socialisation antérieure, les recherches prouvent qu'on ne peut négliger le pouvoir d'infléchissement, de conformation et de production de nouvelles dispositions au sein des instances de socialisation secondaire (Lahire, 2013). Pour résumer, l'enjeu de cette thèse est de mettre en lumière la manière dont une institution d'enseignement professionnalisante contribue à faire prendre une certaine place à ces femmes dans l'espace social (Depoilly, 2018 ; Palheta, 2012a).

Cette perspective vient questionner le processus d'assignation des femmes au soin par une formation mis en évidence par B. Skeggs (2014) à partir de l'étude des formations aux métiers de l'aide à la personne en Grande-Bretagne et actuellement travaillé par S. Depoilly (2018) qui mène une recherche en France auprès des lycéens du baccalauréat professionnel SAPAT (service aux personnes et aux territoires). La présente thèse entend voir si un tel phénomène identifié à l'étranger et dans d'autres types de formation se retrouve au sein de la formation en soins infirmiers. Elle est l'occasion de voir si cette formation produit le même type de dispositions que ces formations professionnelles elles aussi très féminisées.

5. Élaboration théorique

Entre étude de la socialisation scolaire et professionnelle, analyse de la fabrication du genre, exploration du champ de la santé et intérêt pour les fonctions sociales de l'enseignement scientifique, cette thèse touche une pluralité de domaines de la sociologie. Elle se situe à la croisée d'une sociologie de la santé, d'une sociologie de l'éducation, d'une sociologie du genre, d'une sociologie des sciences et d'une sociologie des professions.

5. a Enquêter une institution d'enseignement professionnel : de l'étude du curriculum à celle de son public

La focale portée sur une formation dont l'objectif est de former des professionnelles de santé permet tout d'abord d'aborder des questionnements classiques de la sociologie des professions, notamment la fabrication des dispositions construites dans l'apprentissage de cette activité professionnelle.

Au-delà d'un travail sur la socialisation professionnelle, l'angle de recherche ici choisi invite à étudier cette formation en premier lieu sous l'angle de la sociologie de l'éducation, c'est-à-dire à l'analyser en tant qu'institution d'enseignement³³. Une telle perspective conduit plus précisément à questionner le poids de cette institution dans la reproduction de l'ordre social si l'on se réfère aux travaux fondateurs de P. Bourdieu et J-C. Passeron (1964, 1970) qui ont révélé le rôle de l'école dans la reproduction et la légitimation des inégalités sociales. Le projet de cette thèse s'inscrit pleinement dans cette perspective puisqu'il s'agit de voir si la mobilisation de nouveaux savoirs au sein de la formation des infirmières ne vient pas remettre en cause l'assignation des femmes à la « culture féminine catholique » (Muel-Dreyfus, 1996), c'est-à-dire à une identité féminine traditionnelle centrée sur la famille et le dévouement aux autres, un rôle qui leur est traditionnellement imputé et qui consacre la domination masculine. En outre, il s'avère également qu'une telle problématique suppose de voir si cette nouvelle distribution des savoirs ne vient pas non plus bouleverser l'apprentissage d'un positionnement social en conformité avec celui que les infirmières ont dans l'espace social. Cette thèse s'intéresse dès lors à la socialisation à l'œuvre dans cette formation pour identifier les « fonctions sociales » de l'enseignement dispensé (Bourdieu & Passeron, 1964, 1970 ;

³³ Institution qui a pour seule mission ou pour mission principale l'enseignement.

Grignon, 1971 ; Saint-Martin, 1971). La socialisation est étudiée dans le cadre de ce que propose B. Lahire (2013). L'institution d'enseignement y est perçue comme un lieu de sociogenèse de dispositions spécifiques³⁴, c'est-à-dire « *comme une institution de fabrication d'un type particulier de personnes* » (Darmon, 2013, p. 16). Pour appréhender les dispositions générées au sein de cette formation, une description et une analyse à la fois des cadres, des modalités, des temps et des effets, de la socialisation sera proposée.

Plus précisément, les contenus d'enseignement et leurs effets vont être étudiés (Grignon, 1971 ; Isambert-Jamati, 1990 ; Palheta, 2012a ; Tanguy, 1980). Cette thèse prend ainsi le parti de s'inscrire pleinement dans une *sociologie des curricula* (Barrier et al., 2019 ; Bernstein, 1961 ; Forquin, 1997 ; Young, 1973), un courant encore minoritaire dans les recherches de sociologie de l'éducation (Barrier et al., 2019) et peu appliqué à l'enseignement professionnel. Ce courant, inspiré de l'idée durkheimienne de soumettre les savoirs scolaires à investigation (Durkheim, 1938), combine deux perspectives : à la fois s'intéresser à la sélection des savoirs, mais également aux fonctions sous-tendant un tel choix. Les chercheurs et chercheuses de ce courant de recherche ont montré que la sélection des savoirs n'était pas neutre et objective (Young, 1973), mais qu'elle résultait en fait de rapports sociaux, de choix idéologiques, de conflits d'intérêts (Derouet, 2013 ; Harwood, 2010 ; Noble, 1977). Ainsi, ils ont révélé que la plupart des caractéristiques observées dans les programmes de formation ne peuvent s'expliquer que par la fonction sociale dont s'acquitte l'institution d'enseignement. L'analyse du contenu de la formation en soins infirmiers proposée ici s'inscrit pleinement dans cette visée. En effet, l'institution scolaire n'est pas appréhendée dans cette recherche comme une instance passive subissant des contraintes extérieures, mais plutôt comme le produit combiné de stratégies de luttes qui mobilisent les différents acteurs (Laval et al., 2011). Pour saisir l'ensemble de ce processus, la sociologie des curricula a montré qu'il fallait rendre compte autant du « curriculum formel », celui mis en avant dans la formation, que du « curriculum caché » (Portelli, 1993), celui qui se transmet de façon implicite au cours de la formation. Selon cette lecture, la socialisation institutionnelle est loin de se limiter à la visée éducative et aux actions intentionnelles (Durkheim, 1922). Les savoirs transmis dans une

³⁴ Contrairement à M. Darmon (2013), je ne parle pas ici « d'habitus », mais de « dispositions », car comme l'explique B. Lahire (2013), l'usage du terme *habitus*, dans son acception précise (Bourdieu, 1980), désigne un système de dispositions durables et transférables hérité. Or, il s'agit là d'un cas particulier fort des patrimoines de dispositions acquis dans le cadre de la socialisation primaire. Parler de dispositions plutôt que d'habitus permet d'envisager que les dispositions constituées dans le cadre de la formation en soins infirmiers peuvent être plus ou moins fortement et durablement investies par les étudiantes. En outre, cela permet de rappeler que les différents moments de socialisation ne sont pas équivalents.

institution d'enseignement vont donc au-delà des contenus de connaissances affichés. La présente recherche ne s'intéressera pas uniquement au programme officiel (Isambert-Jamati, 1990), mais à un ensemble plus vaste d'activités, portant notamment sur les pratiques pédagogiques effectives. Le programme de cette thèse est d'identifier non seulement le « curriculum prescrit », c'est-à-dire celui défini par l'institution, mais également le « curriculum réel » celui qui est effectivement transmis aux étudiantes. En questionnant ainsi les contenus d'enseignement, cette recherche entend mettre en évidence les savoirs transmis ainsi que les effets en termes de socialisation de la formation des infirmières, à l'instar de plusieurs travaux menés sur l'enseignement supérieur (Becker, 1977 ; Bouron, 2015 ; Darmon, 2013 ; Merton et al., 1957 ; Mertz, 2007 ; Orange, 2013 ; Quéré, 2019).

Néanmoins, il convient également de prendre en compte les membres de cette institution (Bouron, 2015 ; Millet, 2003 ; Muel-Dreyfus, 1983), ici les étudiantes ainsi que les personnels et personnelles de formation (formatrices, intervenant et intervenantes venant de l'extérieur) pour identifier ce que cette institution produit. Dans la lignée de nombreux travaux sociologiques, les étudiantes sont considérées ici comme des êtres « multisocialisés » et « multidéterminés » (Lahire, 2013) qui n'arrivent pas vierges au sein de l'institution d'enseignement. Chacune s'approprie d'une façon relativement singulière la socialisation à laquelle elle est confrontée en fonction de ses socialisations antérieures. Les étudiantes agissent, elles ne sont pas de simples réceptacles qui intériorisent directement le discours institutionnel. Dès lors, la présente thèse aura le souci de rendre compte des socialisations antérieures et de leurs effets sur la socialisation produite.

Le programme de recherche est donc triple : analyser la transmission et l'appropriation des savoirs dans cette formation, identifier le système de dispositions généré, mais aussi questionner le rôle de cette instance de socialisation dans la reproduction de l'ordre social, et plus précisément des normes de genre.

5. b Questionner la fabrique du genre : une approche par les dispositions et croisée avec les classes sociales

Cette recherche doctorale se trouve donc au croisement de la sociologie de l'éducation et de la sociologie du genre. Elle questionne le processus de socialisation genrée à l'œuvre dans cette instance de socialisation scolaire et professionnelle. Plusieurs interrogations sous-tendant la problématique principale s'inscrivent directement dans cet autre domaine de la sociologie

qu'est la sociologie du genre : les étudiantes de cette formation sont-elles toujours uniquement préparées, à travers l'apprentissage de cette activité professionnelle, à investir « une maternité symbolique » (Muel-Dreyfus, 1996) qui valorise des aptitudes proprement féminines fondées sur le sacrifice de soi et l'humilité ? Les étudiantes sont-elles enfermées au terme de leur cursus dans des dispositions supposées féminines ? Apprennent-elles à endosser des comportements propres à leur sexe ? Autant de questionnements sur lesquels cette thèse entend apporter un éclairage et qui supposent au préalable d'éclaircir la façon dont cette recherche traite la question du genre.

Comme dans de nombreux travaux abordant ce sujet, le terme de « genre », c'est-à-dire le « sexe social » (N.-C. Mathieu, 1991), et non de « sexe » a été retenu pour restituer la dimension sociale de ce qu'il désigne et éviter toute méprise à cet égard. Ce terme désigne aujourd'hui un « système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) » (Bereni et al., 2012, p. 10). Autrement dit, il renvoie à l'ensemble du système qui classe en deux catégories les individus, et plus largement l'ensemble de l'organisation sociale et des normes, et qui définit une catégorie comme supérieure à l'autre (l'homme, le masculin) (Falquet, 2011 ; Guillaumin, 1978 ; Thiers-Vidal, 2010). Autrefois construit en opposition au terme de « sexe » alors considéré comme anatomique et biologique, ce terme permettait de désigner l'ensemble des comportements, des rôles, des activités et des attributs considérés comme propres aux individus d'un même sexe (physiologique) dans une culture donnée. Une telle vision faisait du genre une construction sociale appuyée sur l'observation de différences biologiques (Héritier, 1996) déconstruisant ainsi l'idée de différences naturelles entre les hommes et les femmes et révélant le caractère socialement construit de ces différences (Molinier & Welzer-Lang, 2000) : « *On ne naît pas femmes, on le devient* » affirmait S. de Beauvoir en 1949.

Depuis, plusieurs travaux sont venus revisiter cette vision, notamment ceux de J. Butler (1990), C. Delphy (2001) et A. Fausto-Sterling (2000) pour ne citer que les plus emblématiques. Ces derniers ont mis en évidence tous les problèmes suscités par une telle conception et ont invité à explorer la part du social derrière ce que cette approche considérait jusqu'à présent comme biologique : le sexe. L'enjeu de cette thèse étant de s'intéresser à la construction des normes, des comportements et des activités supposées féminines et non d'explorer la part du social derrière la notion de sexe, le choix a été fait d'employer de manière privilégiée le terme de genre dans son acception ancienne, rappelée précédemment.

Dans cette thèse, le genre est ainsi entendu comme l'ensemble des comportements, des rôles, des activités et des attributs considérés comme propres aux individus d'un même sexe dans une culture donnée. Néanmoins, pour ne pas occulter l'ensemble des travaux les plus récents sur cette question, le « sexe » sera considéré non plus comme une réalité biologique intrinsèque, mais comme désignant les groupes et catégories produites par le système de bicatégorisation hiérarchisé qu'est le genre à l'instar de ce que proposent L. Bereni, S. Chauvin, A. Jaunait et A. Revillard (2012). Autrement dit, il permettra de désigner les individus assignés à l'une des deux catégories « hommes » ou « femmes ». En cohérence avec de tels choix, le terme de socialisation genrée sera retenu pour désigner le processus de transmission des attentes, des attitudes et des comportements associés à un sexe. Ce processus en partie invisible, diffus et continu (Bourdieu, 1998) aboutit à la création d'un système de dispositions intériorisées qui fonctionne comme principe inconscient de perception, d'appréciation et d'action. Les hommes et les femmes se dotent d'un certain nombre de normes et de valeurs supposées intrinsèques à leur sexe tout au long de leur socialisation primaire et secondaire.

Par souci de rappeler constamment cette non-essentialité des « savoirs comportementaux »³⁵ (P. Kergoat, 2001) associés à l'un et l'autre des sexes, j'ai opté ici pour une approche dispositionnelle. L'approche en termes de « dispositions féminines » ne laisse pas entendre que des éléments statistiques établissent un lien entre la mise en œuvre de certaines pratiques, certaines manières de penser et l'un ou l'autre des sexes. Elle sert au contraire à désigner le produit d'une socialisation genrée. Ainsi, il ne s'agit pas de naturaliser les différences entre les sexes par l'emploi de ces expressions, mais bien de décrire des manières de dire, de faire et de penser adoptées par les individus à l'issue d'une socialisation genrée. Dans cette perspective, les notions « d'identité » et de « qualités » ont été écartées. Comme le souligne J. Butler (1990), l'usage du terme d'« identité de genre » me semble faire courir le risque d'un glissement naturalisant. De plus, une telle expression participe à figer un lien entre savoirs comportementaux et sexe. Pour éviter cet écueil et défendre une vision non essentielle, fluide, des comportements associés à chaque sexe, le terme de « dispositions féminines » plutôt que de « qualités féminines » a donc été retenu pour désigner des dispositions socialement construites comme féminines, dans la lignée notamment des travaux de E. Zolesio (2010) et de P. Bourdieu (1998). De plus, pour éviter tout risque de naturalisation la notion de « dispositions féminines » ne sera employée qu'entre guillemets à de rares occasions. L'emploi des

³⁵ Ce terme désigne à la fois des comportements et des attitudes, des savoir-faire et des savoir-être.

expressions « dispositions supposées féminines » et de « dispositions traditionnellement attribuées aux femmes » sera privilégié. Ces trois notions seront employées indistinctement. Par ailleurs, si la notion de « disposition féminine » a ici été préférée à celle « d'habitus sexué » c'est qu'elle ne présuppose pas une cohérence dispositionnelle chez les individus, ce qui permet de saisir les variations intra-individuelles et de penser que les « dispositions féminines » ne sont pas forcément univoques ni durables. Enfin, l'emploi de cette notion laisse entrevoir que les « dispositions féminines » peuvent être plus ou moins investies par les femmes, mais aussi qu'elles peuvent être activées sans être pour autant valorisées et appréciées ou être est activées sans être ni valorisées ni même visibilisées comme nous le verrons au gré de l'analyse.

En plus d'une approche dispositionnelle, l'analyse proposée ici croise la dimension du genre avec celle de l'origine sociale et de la position sociale comme ont notamment invité à le faire les travaux de J-C Passeron et F. De Singly (1984)³⁶. Cette perspective permet non seulement d'explorer l'appropriation différenciée des normes de genre par les étudiantes, mais également de restituer le rôle de positionnement social que contient la socialisation genrée. Cette étude cherche à voir si la socialisation genrée ne va pas de pair avec l'inculcation d'une place dans l'espace social, mais également si elle n'a pas d'autant plus d'emprise sur les étudiantes qu'elle entre en correspondance avec une socialisation de position sociale. Si quelques travaux sur l'étude de la socialisation primaire et secondaire ont récemment pensé ensemble classe sociale et sexe (Court, 2010 ; Perronet, 2017 ; Schwartz, 1990 ; Skeggs, 2014), ils demeurent encore rares. Cette thèse propose d'apporter sa pierre à l'édifice en déclinant la socialisation féminine rencontrée dans cette formation et en tentant d'en montrer les éventuelles spécificités.

L'idée sous-jacente à ce projet est que la socialisation féminine se décline différemment dans les différents espaces du monde social, c'est pourquoi pour l'appréhender, il convient de saisir les variations liées à l'origine et à la position sociale. L'analyse qui suit procède ainsi constamment à des comparaisons avec des recherches menées sur d'autres formations et d'autres professions relatives au soin et à la santé pour répondre aux questions suivantes : les étudiantes en soins infirmiers sont-elles préparées de la même manière à être des soignantes que les aides-soignantes ou les autres professionnels de santé ? Se joue-t-il pour ces femmes

³⁶ Si le terme d'approche intersectionnelle n'a pas été retenu ici, c'est en premier lieu parce que le terrain d'enquête n'offrait pas la possibilité de croiser la race et l'ethnicité avec l'origine sociale et le sexe. En outre, l'intersectionnalité est une « approche intégrée » (Bilge, 2009) qui va au-delà de la simple reconnaissance de la multiplicité des facteurs agissant sur la (re)production des inégalités que j'entends mener dans cette thèse (Brah & Phoenix, 2004 ; Collins, 2000 ; Crenshaw, 1989 ; Stasiulis, 1999).

des expériences similaires ? Sont-elles soumises à la même socialisation genrée ? Cette thèse ne vise néanmoins pas seulement l'identification des différences de dispositions acquises à l'issue de la socialisation scolaire et professionnelle, mais aussi la mise au jour de la construction de ces dispositions différenciées. Autrement dit, ce sont autant les modes de socialisation qui produisent ces dispositions qui sont explorées que la construction d'un rapport différencié à la féminité et au soin.

L'analyse de cette socialisation genrée spécifique passera par une analyse de la place des sciences et des techniques au sein de cette formation.

5. c Étudier les sciences et les techniques : une approche en termes des cultures scientifique et technique

La recherche récente de C. Perronet (2017) permet d'éclairer cette notion de « sciences » qui, nous allons le voir par la suite occupe une place déterminante dans la formation des infirmières. Le retour historique qu'elle propose en introduction fait entrevoir que le mot « science » ne prend son sens moderne qu'entre le XIII^e et le XIV^e siècle, pour désigner « *un ensemble de connaissances ayant un objet déterminé et une méthode propre* » (Rey, 2006). Les sciences sont alors fortement déterminées par leur méthode et leur objet. Les travaux de G. G. Granger (1993), complètent cette définition en montrant que ce qui définit les sciences aujourd'hui c'est avant tout leur visée. Toutes les sciences, les « sciences formelles », mais également les « sciences de l'empirie » comme les sciences de la nature ou les sciences de l'homme, traitent d'une représentation du réel. Elles visent à décrire et expliquer la réalité dans un souci constant de validation. Elles sont donc fortement assorties d'indications sur la manière dont elles ont été produites. Elles se caractérisent par leur point de vue désintéressé et leur vertu explicative.

Néanmoins, comme suggéré plus haut, cette thèse n'ambitionne pas de revenir sur les contours de la science. Le projet est plutôt ici de constituer les sciences comme objet sociologique dans la lignée de ce que proposent M. de Saint-Martin (1971) ou C. Grignon (1971). Il s'agit de considérer qu'il n'existe pas une définition de la science en soi, que les faits scientifiques sont une construction sociale qui ne tire une signification et une existence que dans les relations fonctionnelles qu'ils entretiennent avec l'ensemble du système social. Dès lors l'enjeu de ce travail est de comprendre pourquoi de tels savoirs sont mobilisés et à quoi ils servent. La question qui se pose n'est pas : quelle est leur utilité, mais comment

comprendre qu'ils soient mobilisés ? Ainsi cette thèse vise plus à voir pourquoi cette institution d'enseignement convoque des savoirs qu'elle identifie comme « scientifiques », dans quelle perspective et pour quelles conséquences, plutôt que d'appréhender en quoi ces savoirs sont scientifiques et ce que signifie le mot « science ».

Dans cette perspective, j'emploierai dans cette thèse le mot « sciences » au pluriel et je parlerai plutôt de « culture scientifique » pour désigner l'ensemble des connaissances et de la démarche de recherche, mais également l'ensemble des « savoirs comportementaux » (savoir-faire et savoir-être) (P. Kergoat, 2001) que la pratique des sciences en IFSI suppose. L'emploi de cette terminologie résulte de la volonté de ne pas considérer les « sciences » seulement comme des connaissances ou comme une profession, mais bien comme une culture. Dans son analyse historique, C. Perronnet (2017) souligne en effet que les notions de « sciences » et « cultures » sont historiquement liées puisque la science renvoyait autrefois à un savoir-faire ou à la connaissance d'un savoir pratique. Elle nous apprend que ce n'est qu'au XVIII^e siècle que ces deux notions sont devenues distinctes, même si certains chercheurs et certaines chercheuses parlent aujourd'hui encore de « culture scientifique » pour évoquer des problématiques liées à la vulgarisation. La notion de « culture scientifique » que nous allons ici reprendre est employée dès 1970 et n'est aujourd'hui mobilisée que par un nombre restreint de chercheurs (Crozon & Maitte, 2001 ; Cuenca, 2010 ; Godin, 1999 ; Jacobi et al., 1990 ; Lévy-Leblond, 1986 ; Perronnet, 2017 ; Vergnas, 2011) qui la définissent peu (Godin, 1999 ; Perronnet, 2017). Deux sens émergent de ces travaux (Vergnas, 2011) : le premier fait référence à l'ensemble des connaissances scientifiques d'un individu et le second à l'ensemble des actions, des organisations visant à modifier la culture scientifique à l'échelle de la société. S'il en est ici fait usage, ce n'est pas dans la lignée de ces recherches ni dans l'intention de déterminer quels savoirs il convient de diffuser, mais plutôt dans la perspective où l'emploie C. Perronnet (2017), c'est-à-dire avec l'objectif de montrer l'inégale répartition des dispositions scientifiques dans la société.

De manière similaire et dans une même perspective, l'expression « culture technique » va être employée dans cette thèse. Une telle terminologie englobe les différentes acceptions du mot « technique », mais également les savoirs comportementaux associés. Le terme « technique » est utilisé ici dans un sens large et désigne l'ensemble des savoirs et procédés aboutissant à une action sur une matière à l'aide d'un outil (pouvant être le corps). Ce terme désigne à la fois des connaissances, des savoirs gestuels, des « techniques du corps » (Mauss, 1936), mais aussi ce qu'on a l'habitude d'appeler les « sciences et techniques » : la mécanique,

l'électronique, etc. (Lemarchant, 2017). L'expression « culture technique » retenue permet par ailleurs de ne pas occulter le lien étroit qui existe entre la technique et la culture (Grignon, 1971).

La présente thèse entre, comme les travaux de C. Perronet, dans le cadre de la sociologie de la consommation culturelle au sens de B. Lahire (2009). Non seulement elle porte sur l'école et l'appropriation des savoirs scientifiques et techniques, mais elle ambitionne de remettre en cause « l'idéologie du don de nature ou du goût naturel ». En outre, il s'agit au travers de l'analyse qui suit, de révéler les inégalités et les fonctions sociales des sciences et des techniques.

Cette thèse croise donc une sociologie des curricula et une approche dispositionnelle avec une conception en termes de cultures scientifique et technique pour restituer la transmission des savoirs et la socialisation en œuvre dans la formation des infirmières ainsi que ses effets sur la reproduction des normes de genre.

6. Dispositifs méthodologiques pluriels

Pour appréhender la transmission et l'appropriation des savoirs ainsi que les dispositions façonnées par cette formation, une enquête de terrain a été menée entre 2016 et 2018 au sein des quatre IFSI d'un département de l'ouest de la France.

6. a Une enquête longitudinale

L'enjeu étant de saisir la socialisation en train de se faire, le suivi longitudinal a été retenu. Cette démarche est en effet le seul moyen d'appréhender les effets de l'institution sur les étudiantes et leurs représentations (Orange, 2013), mais aussi d'éviter l'écueil de « l'illusion biographique » (Bourdieu, 1986) ou de toutes reconstructions a posteriori. Une cohorte a donc été suivie tout au long de son parcours de formation.

Pour effectuer ce suivi, une enquête par questionnaire a été menée auprès de l'ensemble des étudiantes en soins infirmiers du Département. En outre, des observations approfondies de deux promotions d'étudiantes dans un des IFSI du département et sur divers lieux de stages ainsi que des entretiens répétés auprès de différents acteurs (formatrices, étudiantes, cadre de santé...). De manière concomitante, une analyse historique des programmes de formation a été effectuée pour saisir les évolutions des prescriptions institutionnelles. Le recoupement et le croisement des approches qualitatives et quantitatives a offert la possibilité d'éclairer cet objet de recherche avec différentes lunettes et de faire se répondre mutuellement les différentes méthodes (De Singly, 1984 ; Dietrich et al., 2012). Elles ont ainsi tantôt convergé vers certains résultats, tantôt soulevé des paradoxes. Certains constats ont également pu être élargis (Greene et al., 1989 ; Mucchielli, 1991).

Si le temps contraint de la thèse m'a obligé à procéder en partie à un suivi de cohorte fictif (dans mes questionnaires), le suivi de cohorte réel a été privilégié dans mes observations et mes entretiens. Les questionnaires nécessitant un temps de saisie important, j'ai opté pour conduire l'enquête sur une même année auprès d'étudiantes de différentes promotions. Les entretiens et les observations s'étalent quant à elles sur plusieurs années, ce qui m'a permis de suivre les mêmes étudiantes à différents moments de leur formation. Les paragraphes suivants précisent le suivi opéré.

6. b Des observations de l'IFSI aux stages

Dans la lignée des travaux ethnographiques et de la recherche menée par B. Skeggs (2014), cette thèse repose donc sur une observation approfondie de la formation des futures infirmières. L'objectif de ces observations était d'appréhender la socialisation en train de se faire, mais aussi de saisir la manière dont les dispositions des étudiantes sont formées et transformées au cours de la formation.

Une grande part de cette recherche est en effet constituée d'observations conduites auprès des étudiantes de l'un des IFSI du département enquêté. Le choix a été fait de se centrer sur un IFSI de petite taille. L'établissement enquêté est composé d'une classe par année de formation avec des effectifs d'une cinquantaine d'étudiantes par promotion. L'institut de formation est couplé à un IFAS (Institut de formation d'aides-soignantes) et à un centre hospitalier. Il est situé dans une ville de 69 993 habitants³⁷, caractérisée par son activité portuaire et industrielle importante. Si un tel profil d'établissement a été sélectionné, c'est qu'il permet une connaissance approfondie des différents membres de l'institution et s'avère ainsi un terrain privilégié pour une observation de long terme. L'entrée sur ce terrain s'est faite aisément. La prise de contact avec le directeur de l'établissement a immédiatement débouché sur une réception favorable de sa part. Ce dernier m'a ensuite proposé d'assister à une réunion pour présenter ma recherche aux formatrices de l'IFSI. Dans l'ensemble, ces dernières se sont montrées très accueillantes et soucieuses de me donner tous les éléments de compréhension nécessaires à mon enquête et à ma compréhension de l'activité d'infirmière et du fonctionnement de l'institution. Ce n'est qu'au moment de la semaine d'intégration, que j'ai pourtant observée au bout d'un an de terrain dans cet établissement, qu'une hostilité à ma présence s'est faite sentir (épisode que j'analyserai et sur lequel je reviendrai plus longuement dans le cadre du chapitre 3). J'ai ensuite été présentée aux étudiantes lors de mon premier jour d'observation. Celles-ci ont accueilli plus que favorablement ma présence et m'ont très vite intégré à leur groupe, y compris lors des temps informels (pause, repas, soirée...). Les observations à l'IFSI se sont donc déroulées à découvert et de manière non participante. Les étudiantes enquêtées ainsi que l'ensemble des personnels et personnelles étaient au courant de ma position de sociologue.

³⁷ Chiffre en 2017 issu du dossier communal de l'INSEE.

L'enquête par observation a débuté en 2016. Au cours de cette première année, j'ai effectué des observations exploratoires d'une durée d'une cinquantaine d'heures de manière aléatoire dans le but de me faire une idée de la « stylistique institutionnelle » (Pierron, 2017) et de me familiariser avec les différents types d'enseignements dispensés à l'IFSI. Ces premières observations ont eu également pour vocation d'entrer en contact avec les étudiantes de première et deuxième année qui allaient poursuivre leur cursus dans l'établissement l'année suivante, mais aussi avec l'ensemble de l'équipe de l'IFSI (formatrices, directeur, documentaliste, secrétaires, etc.) Elles ont été l'occasion pour moi d'entrer sur le terrain, de nouer des contacts et de mieux appréhender cette formation. J'ai, dans ce cadre, pu assister à différents types d'enseignements (travaux pratiques, cours magistraux, travaux de groupe, accompagnement personnalisé) à diverses heures de la journée tout au long de l'année.

Cette démarche ethnographique a été approfondie les années suivantes par l'observation d'une promotion. Le suivi de cette cohorte (promotion 2017-2020) a été opéré en partie par une observation continue du premier mois de formation de chaque année du cursus dans tous les temps institutionnels et non institutionnels. Ce suivi longitudinal a commencé dès la semaine d'intégration et a concerné l'ensemble des cours dispensés en septembre 2017 et 2018 qui correspondait à leur première et deuxième année. Si les observations n'ont pas été poursuivies en septembre 2019, c'est parce que le début de la troisième année est consacré à un stage dans l'IFSI enquêté. Au total, ce sont ainsi 280 heures de cours qui ont été suivies. Un tel protocole de recherche m'a permis d'analyser les évolutions du discours institutionnel et instituant (Oger & Ollivier-Yaniv, 2006), mais aussi les changements de positionnement et de posture des étudiantes. Ces données ont été complétées par quelques observations ponctuelles d'autres enseignements au cours de l'année, mais surtout par l'observation de stages.

La formation en soins infirmiers étant une formation en alternance³⁸, appréhender la transmission des savoirs et la socialisation en œuvre dans ce cursus impliquait d'aller voir ce qui se passe en stages. Sept étudiantes de première et troisième année ont ainsi été suivies (cinq filles et deux garçons) pendant une semaine sur des stages de début (premier et dernier stage de première année) et de fin de formation (stage de préprofessionnalisation). Au total, neuf stages ont fait l'objet d'un suivi, ce qui représente 27 jours et deux nuits d'enquête, soit 205 heures d'observations.

³⁸ Cette formation se déroule pour une part dans des lieux de stages et pour l'autre dans les IFSI (institut de formation en soins infirmiers).

**Tableau 1 : Profil social et scolaire
des étudiants et étudiantes suivis en stage**

Prénom ³⁹	Camille	Samantha	Serge	Maina	Alison	Flavia	Alexis
Année de formation	1 ^{re} année	1 ^{re} année	1 ^{re} année	1 ^{re} année	3 ^e année	3 ^e année	3 ^e année
Stages suivis	- CH ⁴⁰ service chirurgie - Psychiatrie	- CH service gériatrie	- Soins de suite et de réadaptation (SSR) - EHPAD ⁴¹	- EHPAD	Réanimation	CH service Médecine polyvalente	Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
Âge	1998 (19 ans)	1978 (39 ans)	1983 (34 ans)	1997 (20 ans)	1995 (22 ans)	1994 (23 ans)	1981 (36 ans)
Origine sociale	Ménage à dominante intermédiaire et cadre Mère : commerciale Père : agent de maîtrise	Employés, ouvriers et inactifs avec inactifs ou vivant seuls Mère : agent de service Père : Retraité	Employés, ouvriers et inactifs avec inactifs ou vivant seuls Mère : Décédée (ASH) Père : Technicien	Ménage à dominante indépendante Mère : employée de la fonction publique Père chef d'entreprise	Ménage à dominante employé et intermédiaire Mère : assistante familiale Père chargé d'affaire	Ménage à dominante employé et intermédiaire Mère : secrétaire Père : hôte d'accueil	Ménage à dominante indépendante Mère : animatrice en EHPAD Père : boulangier
Parcours scolaire	Bac ES Faculté de droit	BEP sanitaire Formation AS	CAP Pâtisserie Formation AS	Bac ST2S	Bac ST2S BEP sanitaire et social Prépa concours infirmiers	Bac S PACES ⁴²	BEP sanitaire et social Formation AMP
Trajectoire professionnelle	/	- Auxiliaire de vie - Aide- soignante	- Aide- brancardier - Aide- soignant	/	- Sapeur pompier volontaire - ASH faisant fonction AS (3 mois)	/	- Aide médico- psychologique (AMP) Travail dans un EPMS ⁴³ et dans un FAM

Pour pouvoir saisir dans son ensemble la réalité des stages dans le temps imparti par la thèse tout en maintenant le principe d'un suivi longitudinal, j'ai choisi de suivre dans un premier temps un étudiant et trois étudiantes de la cohorte suivie à l'IFSI dans leur premier stage de première année et dans leur dernier stage de première année. L'objectif était de voir comment ces dernières vivaient leur première confrontation au terrain en temps qu'infirmière en formation, mais aussi d'appréhender comment leurs pratiques évoluaient au cours de celle-ci. La sélection opérée tenait compte non seulement de mes obligations de calendrier, mais se révélait également fortement déterminée par mon souci de représenter les différents profils d'étudiantes de la formation en soins infirmiers : un aide-soignant, une aide-soignante, une

³⁹ Dans cette thèse, l'ensemble des prénoms a été modifié pour garder l'anonymat des enquêtés.

⁴⁰ Centre hospitalier

⁴¹ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁴² Première année commune aux études de santé.

⁴³ Établissement public médico-social.

bachelière technologique et une bachelière S qui ont directement accepté ma présence en stage. Ces observations conduites auprès de premières années ont été complétées par un suivi de trois stages préprofessionnels d'étudiants et étudiantes enquêtés par entretiens et observations en 2016 : un étudiant, une bachelière technologique et une bachelière S passée par médecine. Leur suivi m'a permis d'investiguer différents lieux de stage : SSR (Soin de suites et de réadaptation), hôpital services réanimation, gériatrie, chirurgie, mais aussi EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou FAM (Foyer d'accueil médicalisé). J'ai ainsi pu observer les quatre « familles de situation » de stage que les étudiantes rencontrent obligatoirement pendant leur formation clinique : « soins de courte durée », « soins en santé mentale et en psychiatrie », « soin de longue durée et soins de suite et de réadaptation » mais aussi « soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie ». Le référentiel de formation spécifie en effet que le parcours de stage des étudiantes comporte au minimum un stage dans chacune de ces catégories. Il me paraissait important de les appréhender dans leur ensemble et de ne pas me cantonner au centre hospitalier pour pouvoir saisir les éventuelles disparités de transmission des savoirs, mais aussi les éventuelles différences relatives au rôle des infirmières dans ces espaces.

L'entrée sur ces terrains s'est faite « par le haut ». J'ai obtenu l'autorisation d'enquêter auprès de la coordonnatrice des soins à l'hôpital et auprès des cadres de santé dans les autres établissements. Ces derniers m'ayant donné leur autorisation, ils m'ont ensuite mis en contact avec les cadres de santé de chaque service, qui m'ont présenté aux infirmières et autres professionnels et professionnelles travaillant dans le secteur. J'ai ainsi pu accéder aux différents services facilement et sans obstacle, exception faite du service de psychiatrie, où j'ai dû prendre contact avec plusieurs cadres de santé qui ne se montraient pas très favorables à ma présence. Le fait que l'étudiante suivie ne soit pas affectée à un secteur aigu a favorisé mon accès. Après plusieurs négociations téléphoniques et rappels de l'accord de la coordinatrice des soins de l'hôpital, j'ai finalement réussi à obtenir l'accord pour venir dans le service. Une fois cette autorisation recueillie, j'ai négocié ma présence directement auprès des infirmières lors de ma venue en stage. Aucun refus n'a été posé. Cette absence est cependant moins à prendre comme le résultat d'une coopération volontaire unanime de leur part que comme le fruit de mes choix d'entrée sur le terrain. En entrant « par le haut » et en ayant obtenu l'accord de leurs supérieurs et supérieures hiérarchiques, les professionnelles pouvaient difficilement refuser ma présence. Malgré cette situation, la plupart se sont montrées curieuses, soucieuses de me faire comprendre leur pratique et la réalité de leur travail. Seule une professionnelle a cherché à m'éviter et j'ai

alors fait en sorte de la côtoyer le moins possible. L'accord des patients a également été demandé progressivement au cours de l'enquête. Dès que l'étudiante était confrontée à un nouveau patient, je me présentais et demandais l'autorisation d'assister au soin. Cette modalité de prise de consentement s'est imposée en raison de l'important *turn over* des patients à l'hôpital qui m'a empêché de procéder, comme je l'imaginai au début, à la distribution d'un courrier présentant mon enquête et demandant leur consentement. Lors des refus de la part des patients (ce qui n'est arrivé que trois fois au total, notamment lors des toilettes), j'ai attendu l'étudiante dans le couloir le temps du soin.

Au cours des observations en stage, j'ai donc également été dans une posture non participante et à découvert. J'ai choisi de suivre les étudiantes dans tous leurs déplacements et lors de tous les temps de leur journée. La prise de notes s'est faite *in situ* à l'aide d'un bloc-notes et d'un crayon que j'emmenais partout avec moi. Lors de ces temps d'observation, une blouse m'a été prêtée dans chaque établissement. Sur celle-ci était inscrit mon nom et mon statut de doctorante en sociologie. Celle-ci m'a été donnée systématiquement par les professionnelles qui voulaient que les patients puissent m'identifier facilement comme faisant partie de leur équipe.

6. c Un recueil du point de vue des acteurs par entretiens

Ces observations ont été complétées par des entretiens qui ont notamment permis de recueillir le point de vue des étudiants et étudiantes, mais aussi celui des formateurs et formatrices ainsi que des professionnelles (Beaud & Weber, 2010 ; Blanchet & Gotman, 2007 ; Kaufmann, 2011). Le corpus s'élève à 21 entretiens conduits auprès de 15 enquêtés (huit étudiantes, deux étudiants, un formateur, une formatrice, deux conseillères d'orientation, une infirmière coordinatrice). Des entretiens informels (hors échantillon) ont également été réalisés, notamment avec des étudiants et étudiantes, mais aussi avec des cadres de santé et des infirmières rencontrées en stage. Tous les entretiens ont été enregistrés, mais certaines informations ont été obtenues en « off » à la fin des entretiens ou lors de discussions informelles.

Les entretiens avec les formateurs, formatrices et les conseillères d'orientation ont été conduits en début d'enquête dans un souci exploratoire. L'enjeu était de recueillir des informations sur la sélection des futures étudiantes dans la lignée de l'étude menée par R. Bodin

(2009) sur le concours d'éducateur spécialisé. En outre, c'est avant tout le contenu et le fonctionnement de la formation ainsi que les exigences institutionnelles qui ont été interrogés. Ces entretiens auprès des personnels de formation ont notamment été l'occasion de recueillir des informations sur la manière dont ces enseignants appréhendaient la place des sciences et celle du genre dans la formation.

La majorité des entretiens ont été menés auprès des étudiants et étudiantes dans le but de compléter le suivi longitudinal de la formation des futures infirmières. La mise en œuvre de cette méthode visait d'abord et avant tout à donner une voix aux étudiants et étudiantes pour appréhender leurs manières de vivre la formation et les difficultés rencontrées. Huit filles et deux garçons ont ainsi fait l'objet d'un suivi longitudinal qui s'est étalé sur une période de deux ans permettant de récolter 17 entretiens d'une durée d'une à trois heures. La sélection a été faite à partir d'une liste de volontaires. À la suite d'un cours, j'ai en effet demandé aux étudiants et étudiantes qui acceptaient de faire des entretiens de me laisser leurs coordonnées. Certaines étudiantes sont venues me trouver pour partager leurs parcours. Face au nombre important de propositions, j'ai été obligée d'effectuer un choix. La sélection a été guidée par un souci constant d'avoir l'échantillon le plus large possible pour diversifier autant que possible les trajectoires sociale et scolaire. Le tableau suivant rend compte du profil des étudiants et des étudiantes enquêtés :

Tableau 2 : Profil social et scolaire des étudiants et étudiantes suivis par entretien

	Flavia	Alison	Shana	Emma	Charlotte	Enrick	Mandy	Samantha	Serge	Laura
Promotion	2015-2018	2015-2018	2015-2018	2015-2018	2015-2018	2017-2020	2017-2020	2017-2020	2017-2020	2017-2020
Sexe	F	F	F	F	F	G	F	F	G	F
Année de naissance	1994 (23-24 ans)	1995 (22-23 ans)	1997 (20-22 ans)	1994 (23-24 ans)	1992 (25-26 ans)	1980 (37-38 ans)	1996 (21-22 ans)	1978 (39-40 ans)	1983 (34-35 ans)	1998 (19-20ans)
Situation familiale	Célibataire Vit chez ses parents dans un premier temps puis emménage dans un appartement seule.	En couple (depuis 5 ans) Vit chez ses parents	En couple Vit chez ses parents	En couple -> Célibataire Vit avec son copain-> chez ses parents	En couple (depuis 7 ans) Vit avec son copain	Marié -> Séparation 3 enfants	En couple Vit en couple chez ses parents	En couple 2 enfants (5ans et 10 mois) Vit avec son conjoint	En couple avec un homme Demande d'adoption en cours Vit avec son conjoint	En couple (depuis 2 ans) Vit chez sa mère
Origine sociale	Ménage à dominante employé et intermédiaire Mère : secrétaire Père : hôte d'accueil	Ménage à dominante employé et intermédiaire Mère : assistante familiale Père chargé d'affaire	Ménage à dominante employé et intermédiaire Mère : secrétaire comptable Père technicien	Ménage à dominante intermédiaire et cadre Mère : juriste en congé maladie Beau-père cadre responsable qualité (père : employé)	Ménage à dominante intermédiaire et cadre Mère : professeure des écoles Père : professeur des écoles	Employés, ouvriers et inactifs avec inactifs ou vivant seuls Mère : secrétaire (Père : chauffeur)	Ménage à dominante employé et intermédiaire Mère : Aide-soignante Père Aide-soignant	Employés, ouvriers et inactifs avec inactifs ou vivant seuls Mère : Agent de service Père : Retraité	Employés, ouvriers et inactifs avec inactifs ou vivant seuls Mère : Décédée (ASH) (Père : Technicien)	Ménage à dominante employée et intermédiaire Mère : prof de lycée professionnel (ASSP et SMS) Père : chef d'entreprise Rq : parents séparés
Baccalauréat	S (mention bien)	ST2S (mention bien)	ST2S en internat	S (mention assez bien)	STMG option mercatique	/ Lycée professionnel maintenance informatique (1 an) + agricole (1 an)	ST2S (mention bien)	/	/	S
Autres études suivies	PACES	- BEP sanitaire et social - Préparation au concours d'infirmière	1 ^{re} année IFSI dans le Nord	- Prépa BCPST (1 an) - DUT Génie biologique - Préparation au concours d'infirmière	- Préparation au concours d'infirmière	- BEP - Formation d'éducateur	PACES option sage-femme	- BEP sanitaire - Formation d'aide-soignante - Préparation au concours avec le GRETA	- CAP Pâtisserie - Préparation Aide-soignante avec le GRETA - Formation d'aide-soignante	Préparation concours aide-soignante
Professions antérieures	Aide à domicile (3 mois)	ASH faisant fonction AS (3 mois)	/		ASH (10 mois)	-Travail dans des abattoirs -Travail en IME - Moniteur éducateur de CHSCT	-Hôtière à l'hôpital	- Auxiliaire de vie - Aide-soignante en EHPAD	- ASH - Aide-brancardier - Aide-soignant (10 ans) au centre hospitalier	- CDI Mac-Do (travail le W-E) - Caissière en interim après le baccalauréat
Autres		Sapeur-pompier volontaire	Animatrice		Animatrice					Baby-sitting

Ces entretiens interrogeaient en premier lieu la position sociale et le parcours scolaire des étudiantes, mais également leurs pratiques culturelles et sportives ainsi que leur mode de vie. Dans un deuxième temps, ce sont les impressions et les ressentis sur la formation, son fonctionnement et son contenu qui ont été questionnés. Une partie des entretiens ont ensuite été réalisés à la suite de la période de stage rendant ainsi possible la récolte de données sur le vécu des étudiantes. Ces entretiens ont été l'occasion d'aborder la scolarité et les apprentissages, mais également l'impact de la formation sur la vie personnelle ainsi que sur leurs perspectives de carrière et de vie.

6. d La saisie des spécificités du public par l'administration d'un questionnaire

Le volet qualitatif de cette enquête a été complété par un volet quantitatif (Bugeja-Bloch & Couto, 2015). Une passation de questionnaires auprès de l'ensemble des étudiants et étudiantes des quatre IFSI du département a été effectuée, ce qui représente un échantillon de 938 étudiants et étudiantes, dont 373 premières années, 276 deuxièmes années et 288 troisièmes années. Comme le soulignent P. Bourdieu, J-C. Chamboredon et J-C. Passeron (1968) plus que l'objectivité, une telle méthode a été choisie avant tout pour expliquer ce que les étudiants et étudiantes font par ce qu'elles sont. Dans le cadre de cette étude, les questionnaires ont visé plus précisément à mesurer l'impact des trajectoires scolaires et sociales sur la manière de vivre cette formation, sur la construction d'une représentation du rôle de l'infirmière et sur les aspirations des étudiants et étudiantes (Annexe 1).

Au-delà des réponses aux questions directement posées, une telle méthode a permis d'appréhender les spécificités de l'établissement enquêté ainsi que les spécificités locales des IFSI du département. En outre, la mise place d'une passation échelonnée aux premières, deuxièmes et troisièmes années a été pensée pour donner la possibilité de mettre en œuvre un suivi de cohorte fictif. Les questionnaires ont été administrés au cours de l'année scolaire 2017-2018, en octobre pour les premières années, en février-mars pour les deuxièmes années et en juin pour les troisièmes années permettant ainsi de saisir le point de vue des étudiants et étudiantes à différents moments de la formation : en début, milieu et fin de cursus.

La passation a été effectuée sous format papier au sein des établissements de formations. Des heures de cours obligatoires ont été banalisées à cet effet. J'ai administré moi-même les questionnaires, ce qui m'a laissé la possibilité de présenter mon enquête et de répondre aux

questions posées sur le questionnaire. Dans tous les IFSI, à l'exception de celui de la Croix-Rouge, une formatrice m'a accompagnée pour me présenter au début de la passation. Une telle modalité d'administration a pu contribuer à placer ce questionnaire du côté de l'institution aux yeux des étudiants et étudiantes, même si j'ai continuellement veillé à présenter le contraire. Le caractère anonyme de ce questionnaire a également été souligné à plusieurs reprises. Si cette modalité faisait courir le risque d'une assimilation au rôle de formateur, elle présentait l'avantage d'un taux de réponse élevé. L'ensemble des étudiants et étudiantes présent.es lors des passations a restitué le questionnaire.

6. e La saisie des spécificités de cette formation par l'étude du programme

Au-delà de ces méthodes quantitatives et qualitatives destinées à recueillir le point de vue des acteurs et les pratiques de ces derniers, une analyse historique des référentiels de formation a été conduite pour saisir le fonctionnement de l'institution, son contenu ainsi que les finalités de la formation. Une analyse synchronique et diachronique a été conduite de manière à mieux appréhender les spécificités du référentiel actuel. Les programmes de la formation en soins infirmiers ont ainsi été étudiés à partir de 1969. Dans cette perspective, sept programmes ont été comparés. Une attention particulière a été portée aux évolutions du temps de formation ainsi qu'aux contenus transmis, notamment le poids des enseignements scientifiques et techniques ainsi que la manière d'appréhender ce type de savoirs.

Pour approfondir l'identification de la spécificité de cette formation, une analyse comparée du référentiel actuel de la formation en soins infirmiers avec ceux de la formation de psychomotriciens et psychomotriciennes ainsi que des manipulateurs et manipulatrices ERM a été conduite. La comparaison de ces formations paramédicales de niveaux équivalents a permis de faire ressortir les points communs et les divergences entre ces différentes formations.

L'ensemble de ces matériaux empiriques m'ont offert la possibilité d'explorer en détail la transmission des savoirs et les dispositions façonnées au cours de ce cursus. Si l'étude des référentiels, les observations et les entretiens m'ont donné accès aux savoirs que l'institution entendait transmettre, c'est grâce aux observations, à la passation de questionnaires et aux entretiens avec les étudiantes que j'ai pu rendre compte de la manière dont étudiantes s'approprient et investissent la formation et leur future activité professionnelle, révélant ainsi la production de dispositions spécifiques.

Éléments de cadrage : de l'entrée dans la formation au groupe professionnel

Pour appréhender la transmission des savoirs et la socialisation en œuvre dans ce cursus professionnalisant, l'un des préalables nécessaires est d'identifier la structure du public de cette formation et de l'activité professionnelle à laquelle elle prépare (Lahire, 2013). Le portrait dressé ici vise à ajuster certaines représentations doxiques et à dépeindre les caractéristiques actuelles du groupe professionnel étudié pour pouvoir ensuite saisir au mieux tous les traits et les enjeux de la formation des infirmières.

1. Un groupe professionnel féminisé au poids central dans le monde de la santé

Actuellement, les infirmières ont un poids non négligeable dans le monde de la santé (Arborio & Divay, 2018), puisqu'il s'agit de la profession de santé la plus représentée en termes d'effectifs. On comptait en 2018 700 988 infirmières⁴⁴ en activité en France, contre 225 046⁴⁵ médecins.

Ce nombre masque différentes réalités puisque les infirmières peuvent exercer dans différents lieux et sous plusieurs formes : salariée, libérale, dans le secteur hospitalier, mais également le secteur privé, le libéral ainsi que les milieux carcéraux, scolaires ou encore l'humanitaire, le secteur militaire et les pompiers. Pour une grande majorité, les infirmières sont cependant salariées (82,3 %). Plus des deux tiers sont des salariées hospitalières (65,1 %). Les infirmières libérales ou mixtes représentent une professionnelle sur six environ (17,6 %), un chiffre en augmentation depuis une dizaine d'années. Devant cette hétérogénéité, on peut se demander ce qui définit cette activité professionnelle.

⁴⁴ Selon les données de la DRESS. Un chiffre en augmentation depuis 2010.

⁴⁵ Les chiffres de ce paragraphe sont issus d'un document de la DRESS. (Portrait des professionnels de santé, 2016).

Historiquement, cela a été rappelé, l'infirmière prend soin des pauvres et des malades. Ses fonctions ont cependant progressivement évolué. Après la Seconde Guerre mondiale, les femmes qui exercent ce rôle prennent en charge des soins d'hygiène et de confort, et peuvent intervenir seules en cas d'urgence. En 1978, une loi donne une nouvelle définition à cette activité professionnelle. D'un côté, celle-ci inclut désormais les différentes actions de prévention et d'éducation à la santé. De l'autre, leurs prérogatives sont étendues. À partir de cette date, l'infirmière peut mettre en œuvre seule certains actes, sans aval des médecins. Son « rôle propre » est mis en place. À la fin des années 1970 et au début des années 1980, les infirmières se détachent ainsi progressivement du pouvoir médical. Une brève mise en perspective historique des programmes de la formation permet en effet de montrer qu'un tel mouvement de libération du joug médical a jalonné les évolutions de cette activité professionnelle (cf. Annexe 3, p. 522). Alors que cette formation était autrefois largement régulée par les médecins, et qu'elle véhiculait largement un positionnement d'exécutante, elle a connu de nombreux changements qui ont contribué à éloigner ces derniers de la gestion de ce cursus, permettant ainsi aux infirmières d'entamer une libération de l'emprise médicale.

Néanmoins, l'autonomie représente encore aujourd'hui un enjeu majeur pour les infirmières (Goulet, 1999 ; Piguet, 2008). Si les étudiantes infirmières sont formées à une pratique autonome liée à une spécificité reconnue (Piguet, 2008), elles ne sont pas préparées à une profession autonome pour autant (Goulet, 1999). Sur un plan légal, il n'existe plus de lien hiérarchique entre infirmière et médecins. Les infirmières, comme les aides-soignantes, ont pour supérieurs des cadres de santé.

Une subordination professionnelle aux médecins persiste néanmoins sur le terrain. Elle prend la forme d'une hiérarchie d'ordre symbolique et social. Un certain nombre de leurs actes répondent encore aujourd'hui à l'application d'une prescription médicale (Art R. 4311-7 et R4311-8 du Code de la Santé publique, Livre III, titre I). De plus, les études sociologiques portant sur cette question de la relation avec le corps médical permettent de montrer que la relation de domination symbolique anciennement mise en lumière (Freidson, 1970 ; Hughes, 1951) continue de s'appliquer, car les médecins conservent le monopole légal de l'évaluation décisive et des traitements à appliquer (Feroni & Kober, 1995 ; Toffel, 2018). La thèse récente de K. Toffel (2018) montre comment « l'espace infirmier » s'inscrit dans le « champ médical » et continue de faire de celui-ci un point de référence. Il montre que les infirmières reproduisent dans leur activité professionnelle les oppositions qu'on peut y trouver : hiérarchie du secteur d'activités et rapport au savoir de type biomédical notamment. La domination symbolique du corps médical sur les infirmières est donc une réalité toujours active,

et ce, malgré la féminisation de la profession médicale (Picot, 2005). I. Feroni et A. Kober parlent de « profession à autonomie limitée » pour caractériser la situation actuelle des infirmières (Feroni & Kober, 1995, p. 37)

Leur rôle porte aujourd'hui la trace de ces différentes évolutions. Actuellement selon le Code de la Santé publique, « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médicaux, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.* » (Art L4311-11). Cette fonction contient donc plusieurs facettes.

Tout d'abord, un certain nombre des actes que l'infirmière effectue sont circonscrits à l'avis du médecin. La réalisation de certains d'entre eux ne peut se faire qu'en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par une infirmière de pratique avancée (Article R4311-7 modifié par Décret n°2019-835 du 12 août 2019 - art. 2). D'autres actes doivent être accomplis uniquement si un médecin peut intervenir à tout moment (Article R4311-9).

Néanmoins, l'infirmière a certaines latitudes. Elle peut en effet réadapter et entreprendre des traitements dans le cadre de protocoles préétablis par un médecin (Article R4311-8). Elle est, par ailleurs, en cas d'absence du médecin, habilitée à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgences préalablement datés et signés par le médecin (Article R4311-14) et peut renouveler des prescriptions de contraceptifs oraux (Article D4311-15-1).

En outre, une autre partie de ses actes relève entièrement de sa responsabilité, notamment pour ceux touchant à son « rôle propre » qui concernent les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie ainsi que les soins visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. L'infirmière a également compétence pour prendre des initiatives et accomplir des soins qu'elle juge nécessaires en cas d'urgence sans protocole et en cas d'absence du médecin ou dans le cadre d'actions de formations et de prévention (articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6 et R4311-15).

Enfin, la dernière partie de son rôle consiste en celui d'assistante du médecin pour certains soins définis par l'article R4311-10 tels qu'un premier sondage vésical ou une pression hémodynamique.

Le rôle de l'infirmière peut donc prendre différents visages et contient dans sa définition même des rôles multiples et des responsabilités variées. Une telle réalité interroge sur le contenu de la formation : quelle forme prend la formation des infirmières aujourd'hui ?

2. Une formation générale professionnalisante ouvrant la voie aux études supérieures

Pour mieux éclairer et mettre en évidence le fonctionnement de ce cursus, mais aussi les spécificités actuelles de cette formation, le présent développement reviendra en premier lieu brièvement sur l'histoire récente de ce cursus.

Comme cela a été évoqué brièvement précédemment, la reconnaissance officielle d'une formation infirmière et d'un titre d'Infirmière diplômée d'État date de 1922 et du décret Combes. À partir de là, la formation devient nationale. Elle n'est alors pas obligatoire. Il faut attendre 1946 pour qu'elle le devienne. Après la Seconde Guerre mondiale, diverses spécialités sont créées : infirmière puéricultrice (1947), école d'infirmière anesthésiste (1949) et infirmière de secteur psychiatrique (ISP). En 1992, le diplôme d'État généraliste est créé : les infirmières de secteur psychiatrique et les autres suivent à partir de cette date le même cursus. La formation devient uniforme.

Au-delà des changements de contenus déjà évoqués plus haut, le cadre de la formation a évolué. La durée des études s'est progressivement allongée passant de 22 mois à 2 ans puis à 3 ans en 1979. Un système d'alternance a été mis en place à partir de 1979.

Aujourd'hui encore, cette formation paramédicale dure 3 ans et se déroule en alternance. Elle a lieu tantôt au sein d'une institution de formation (60 semaines) tantôt en stage (60 semaines). Au total les étudiantes ont 4 200 heures d'enseignements et 900 heures de travail personnel prévu par le référentiel de formation. Les savoirs transmis sont à la fois théoriques et pratiques. Ils sont dispensés sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, travaux personnels et stages.

En France, deux types d'établissements proposent cette formation : les IFSI, instituts de formation en soins infirmiers et les instituts de formations sanitaires et sociales de la Croix rouge Française (IFSS Croix Rouge). Ces établissements sont parfois intégrés à un centre hospitalier, universitaire ou non, ou couplés à un institut de formation d'aides-soignantes (IFAS). En 2018, on compte 324 établissements de ce type dont 267 publics et 57 privés.

Conformément à son objectif historique, cette formation a une vocation professionnalisante puisque l'objectif est de préparer les étudiantes à devenir infirmières. Elle dépend du ministère de la Santé et non de celui de l'enseignement supérieur. À l'issue de leur formation, les étudiantes peuvent intégrer le marché du travail et prendre leur fonction en tant qu'infirmières. Traditionnellement, l'insertion sur le marché du travail est facile. Très peu d'étudiantes sorties en 2001 déclarent avoir connu l'inactivité ou le chômage durant les trois ans suivant la fin de leur cursus d'après une étude du Cereq⁴⁶. Les étudiantes en soins infirmiers accèdent globalement plus rapidement à un emploi stable que d'autres diplômés de niveau proche ou équivalent (Marquier & Idmachiche, 2006), même s'il semble que cette réalité soit de plus en plus à nuancer⁴⁷.

Outre cette possibilité d'intégrer le marché du travail directement, les étudiantes peuvent aujourd'hui poursuivre leurs études. La formation en soins infirmiers est en effet intégrée au système LMD (Licence-Master-Doctorat). Le cursus débouche sur le Diplôme d'État infirmier (DEI) qui permet depuis 2009 d'obtenir 180 crédits européens (ECTS), délivrant ainsi une équivalence licence. Celles qui choisissent de continuer en master intègrent le plus souvent des masters de santé publique, de science de l'éducation ou de management de la santé. Il n'existe à l'heure actuelle aucun doctorat infirmier en France, mais certaines infirmières obtiennent un tel diplôme dans une autre discipline. Si les étudiantes peuvent choisir un master, elles peuvent également se spécialiser en tant qu'infirmière puériculture⁴⁸, infirmière de bloc opératoire (IBODE), infirmière anesthésiste (IADE)⁴⁹, infirmières de pratiques avancées⁵⁰ ou évoluer vers l'encadrement, le management d'équipe et la formation en effectuant une nouvelle formation d'un an pour devenir cadre de santé.

Une telle réalité de la formation et des débouchés est propre à la France. En Europe certains pays sont déjà dotés de masters et de doctorats en sciences infirmières comme en

⁴⁶ Centre d'étude et de recherche sur les qualifications.

⁴⁷ Enquête de la fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI).

⁴⁸ Cette spécialisation d'une durée d'un an est accessible directement à l'issue de la formation.

⁴⁹ Ces deux autres spécialisations sont accessibles après deux ans de pratique. La spécialisation anesthésiste dure deux ans contre 18 mois pour celle de bloc opératoire.

⁵⁰ L'infirmière de pratique avancée prend en soin les patients. Elle a des compétences pour réaliser des activités d'orientation, d'éducation, de prévention, de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques, des actes de surveillance clinique et paraclinique. Elle peut également prescrire des produits de santé non soumis à prescription médicale, ainsi que des examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Islande⁵¹, en Norvège⁵² ou encore en Espagne⁵³. En Allemagne⁵⁴ en revanche, la formation à cette activité professionnelle n'est pas intégrée au système Licence-Master-Doctorat (LMD) et les étudiantes n'ont pas la possibilité d'accéder à des spécialisations. La situation française est cependant loin d'être définitive. Elle est au contraire en pleine évolution. Des discussions sont en cours sur la création d'un doctorat et d'une section d'accueil au sein du Conseil national des universités (CNU). Le rapprochement entamé avec l'université va donc sans doute évoluer ces prochaines années. Le rapport de S. Le Boulter (*Bilan intermédiaire de la concertation et proposition d'orientation*, 2018), daté de février 2018 atteste que cette question est actuellement au cœur des préoccupations politiques.

Formation générale donc qui prépare à devenir infirmière, mais qui laisse aussi la possibilité aux étudiantes de poursuivre des études dans l'enseignement supérieur.

⁵¹ En Islande, la formation est dispensée dans deux universités. La formation est sélective et dure 4 ans. À l'issue de celle-ci, les étudiantes ont la possibilité d'intégrer une large liste de masters en sciences infirmières et plusieurs doctorats comme une spécialisation urgences, sages-femmes, pédiatrie, soins palliatifs, psychiatrie, etc.

⁵² En Norvège, l'accès à la formation se fait au niveau baccalauréat. La formation dure trois ans, mais les étudiants ont la possibilité de faire deux ans de formations professionnelles et un an de formation théorique. Plusieurs diplômes universitaires sont accessibles à l'issue de la formation, d'une durée de six mois ainsi que plusieurs masters dont certains en sciences infirmières et plusieurs spécialisations (pédiatrie, urgence, leadership et management...)

⁵³ En Espagne, la formation dure quatre ans. À la suite de celle-ci, les étudiantes peuvent intégrer des masters officiels ou particuliers dans diverses universités en soins infirmiers. Plusieurs doctorats sont accessibles ainsi que des spécialisations en pédiatrie, sage-femme, psychiatrie, soins aux personnes âgées...

⁵⁴ Dans ce pays, la durée de la formation varie. Il est possible de la coupler avec un examen en science infirmière générale. Il existe des formations spécifiques pour les infirmières souhaitant devenir infirmières en soins pédiatriques ou en soins aux personnes âgées. À l'issue de la formation, les étudiantes peuvent travailler dans tous les services et réaliser des masters en management, pédagogie, pratiques avancées ou santé publique.

3. Une formation sélective qui retient les profils généraux scientifiques avec une certaine expérience

Actuellement, l'accès à cette formation se fait au niveau baccalauréat ou équivalent, ou bien après trois ans d'expérience dans le secteur sanitaire et médico-social. L'entrée dans ce cursus est sélective.

Jusqu'à récemment cette formation se faisait sur concours. Une des spécificités de ce concours était qu'il se faisait par établissements, mais que la date des concours des établissements publics d'un même département avait lieu en même temps. Pour les titulaires du baccalauréat, les candidats devaient passer par deux écrits et un oral. Un concours différent existait pour les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture. Certains autres professionnels de santé étaient quant à eux dispensés d'épreuves écrites, c'était le cas des médecins, des sages-femmes, ou encore des kinésithérapeutes. Les étudiantes enquêtées au cours de cette recherche ont été recrutées par ce biais.

Depuis 2019 cependant, l'admission se fait sur dossiers via *Parcoursup* (la plateforme nationale d'admission en première année de l'enseignement supérieur) pour les élèves ayant obtenu le baccalauréat. Les candidats, bacheliers ou non, justifiant de trois ans d'exercice à temps plein, intègrent quant à eux la formation toujours sur concours, sous réserve de réussir des épreuves écrites et un entretien professionnel. Il s'agit donc d'une formation sélective.

Le nombre de places disponibles chaque année est fixé par arrêté ministériel. Le flux étudiant est ainsi régulé par quotas décidés annuellement et régionalement. Depuis 2003, le quota est relativement stable aux alentours de 31 000 places. Ce qui fait qu'en 2018, on comptait 89 573 étudiantes en soins infirmiers en France, dont 30 182 inscrits en première année. En comparaison, les étudiants en PACES (Premières années communes aux épreuves de santé) étaient 59 257⁵⁵.

À l'époque du concours, la sélectivité était forte puisque seulement environ un tiers des candidats étaient reçus. En 2018, sur les 146 598 candidats ayant passé les épreuves de sélection, 51 015 avaient été admis, soit 34,8 % des candidats⁵⁶.

Le changement de modalités de sélection n'a fait qu'accroître cette sélectivité. Les dernières données nationales disponibles sur *Parcoursup* montrent que lors de la campagne

⁵⁵ Selon le bilan statistique de l'administration universitaire francophone et européenne en médecine et odontologie (AUFEMO).

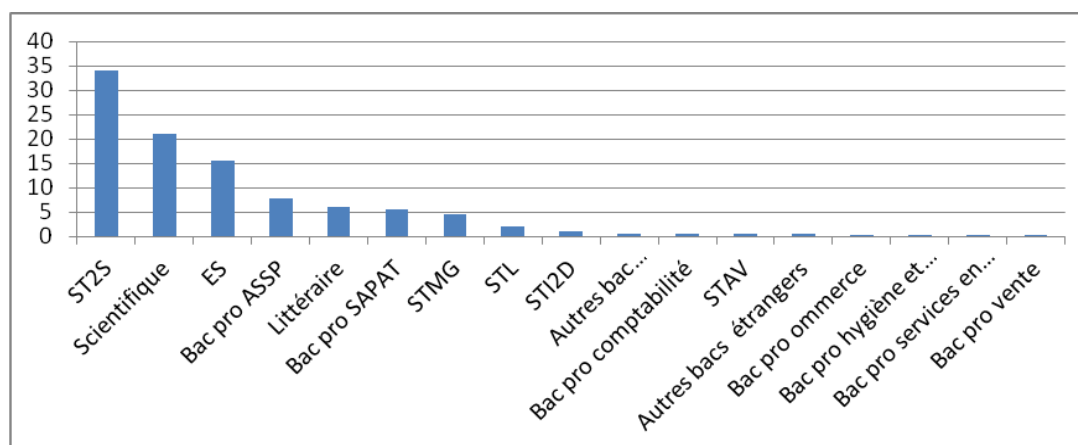
⁵⁶ Ces chiffres sont issus du panorama de la DRESS (*La formation aux professions de santé (hors professions médicales et pharmaceutiques)*, 2020)

2020 : 1 391 246 élèves ont confirmé un vœu dans un IFSI. Parmi eux, 81 %, soit 1 126 849 élèves, ont été classés dans une liste d'appel, mais seulement 16,1 % ont reçu une proposition d'admission (224 096 élèves) et 1,8 % ont été admis (25 871)⁵⁷. Se pose alors la question de savoir qui est retenu. Quel est le profil des candidats ? Qui sont ceux et celles qui sont sélectionnés ?

Si peu de données nationales existent à ce sujet à l'époque du concours et si peu d'enquêtes ont pris pour angle de recherche cette question, certaines données récoltées dans les statistiques internes de l'un des IFSI du département⁵⁸ permettent d'émettre plusieurs hypothèses intéressantes qu'il conviendrait de vérifier à l'échelon national. Les constats établis ici sont fondés sur la période de recrutement sur concours puisqu'il s'agit de la période d'enquête et donc des données qui permettent d'avoir le plus d'éléments sur les étudiantes sélectionnées au moment de cette recherche.

Tout d'abord les fichiers statistiques de l'établissement en question révèlent que le concours en soins infirmiers attire principalement des femmes. En 2014, dans cet établissement, les garçons ne représentaient que 13,5 % des candidats. Par ailleurs, il s'agit d'un concours passé principalement au niveau baccalauréat, cas de 89,3 % des candidats. Les candidats ayant déjà un diplôme d'aide-soignante sont le deuxième type de profil le plus nombreux (8,9 %). Si l'on se penche sur le parcours secondaire des candidats, on constate qu'ils sont le plus souvent issus des baccalauréats généraux et technologiques (84,6 %). Les bacheliers professionnels ne représentent que 15,4 % des candidats.

Graphique 3 : Origine scolaire des candidats au concours d'entrée de l'IFSI en 2014



Sources : Statistiques internes de l'IFSI

Champs : Ensemble des 458 candidats au concours d'entrée de l'IFSI de Lérins en 2014

Note de lecture : En 2014, 34 % des candidats au concours d'entrée à l'IFSI de Lérins venaient d'un bac ST2S.

⁵⁷ Chiffres issus de la base de données *open data* sur la plateforme Parcoursup.

⁵⁸ L'IFSI en question est un IFSI public accueillant 50 étudiants par promotions environ. Il est couplé à un IFAS et à un centre hospitalier. Il est situé dans une ville de 69 993 habitants, soit la deuxième en termes de taille au niveau du département du département qui caractérisée par son activité portuaire et industrielle importante.

Les plus représentés sont les bacheliers issus de la filière technologique ST2S : ils sont plus d'un tiers (34 %). Les autres viennent, dans l'ordre, du baccalauréat S (21 %) et ES (15,4 %). Chacune des autres filières du secondaire représente moins de 10 % des candidats. L'étude du profil des candidats révèle par ailleurs que le concours a un attrait local. Les candidats à cet IFSI viennent des départements limitrophes. La moitié vient de la région limitrophe (49 %). L'autre part importante provient du département enquêté (43 %).

L'analyse des admis révèle que contrairement à ce qu'on aurait pu croire, le recrutement de l'IFSI en question ne se fait majoritairement pas dans la filière ST2S. Si les bacheliers de cette filière représentaient la majorité des candidats (34 %), ils ne représentent finalement qu'une minorité de ceux qui réussissent le concours (8,3 %). En revanche, alors qu'ils représentaient un candidat sur cinq, les anciens bacheliers scientifiques vont représenter la moitié des étudiants retenus sur la liste principale.

Tableau 3 : Part des différents bacheliers suivant les différents stades de recrutement au concours d'entrée dans l'IFSI enquêté (en %)

Baccalauréat		Candidats	Admissibles	Admis	Liste principale
Bac général	ES	15,4	20,4	22,0	30,6
	Littéraire	6,1	8,1	8,5	5,6
	Scientifique	21	31,2	31,4	50
	Autre étranger	0,2	0	0	0
Bac Pro	ASSP	7,8	3,2	3,4	2,8
	Autre	0,5	0,05	0,8	0
	Commerce	0,2	0	0	0
	Comptabilité	0,5	0	0	0
	Hygiène et Environnement	0,2	0	0,8	0
	SAPAT	5,4	1,6	0,8	0
	Services en milieu rural	0,2	0,5	0	0
	Vente	0,2	0	0	0
Bac techno	ST2S	34	28,5	27,1	8,3
	STAV	0,2	0	0	0
	STMG	4,6	4,3	3,4	2,8
	STI2D	1	1,1	1,7	0
	STL	2	0,5	0	0
	Autre étranger	0,2	0	0	0
Total		100	100	100	100

Sources : Statistiques internes de l'IFSI

Champs : Ensemble des 458 candidats au concours d'entrée de l'IFSI de Lérins en 2014

Note de lecture : En 2014, 27,1 % des nouveaux étudiants admis à l'issue du concours d'entrée venaient d'un baccalauréat ST2S.

Ainsi, les bacheliers scientifiques ont dix fois plus de chances d'intégrer l'IFSI en question et deux fois plus d'être admis que les bacheliers ST2S. Les bacheliers issus de la filière ES semblent, eux aussi, tirer leur épingle du jeu puisqu'ils représentent un tiers des étudiants de la liste principale, soit deux fois plus que le poids qu'ils avaient parmi les candidats. Les bacheliers

professionnels représentent une très faible proportion des admis et de ceux qui ont été le mieux classés au concours. Alors qu'ils représentaient tout de même 15,4 % des candidats, ils représentent 5,9 % des admis et seulement 2,8 % des étudiants sur liste principale. Le concours ne favorise donc pas les élèves qui ont suivi une voie du secondaire qui devait les préparer à ce type de formation. Il semble au regard de ces données sélectionner plutôt des profils généraux et prioritairement scientifiques. Par ailleurs, il s'avère que le recrutement favorise les promotions professionnelles, notamment les aides-soignantes. Si la quasi-totalité des étudiants admis à un niveau baccalauréat (91,5 %), ceux ayant un DEAS (diplôme d'État d'aide-soignante) sont favorisés dans le recrutement. Ils représentaient 5,4 % des admis, mais 15,2 % des étudiants de la liste principale. Ceux qui ont un niveau baccalauréat ne représentent que 78,3 % alors qu'ils représentaient 89,3 % des candidats.

Pour ce qui est de l'âge, ce concours semble sanctionner plus négativement les étudiants qui viennent d'avoir le baccalauréat. Alors que les 18-20 ans constituaient plus des deux tiers des candidats (66,6 %), ils ne représentent qu'un peu plus de la moitié de ceux qui peuvent prétendre intégrer la formation (54,3 %). Au contraire, les 30-34 ans qui constituaient moins de 5 % des candidats représentent 17,4 % des étudiants de la liste principale de l'IFSI enquêté. D'ailleurs, c'est cette tranche d'âge qui s'en tire le mieux au concours de cet établissement. Le ratio des admissibles de cette génération est de 42,9 %, viennent ensuite les 20-24 ans avec un ratio de 37,9 % puis les 18-20 ans avec un ratio de 27,9 %. Le recrutement par concours semble donc favoriser ceux qui n'ont pas un cursus linéaire.

Le critère du sexe, lui, ne semble pas déterminant dans la sélection. Il y a moins de trois points d'écart entre les chances d'être admis et recrutés quand on est une femme et un homme.

Tableau 4 : Part des deux sexes suivant les différents stades de recrutement au concours d'entrée dans l'IFSI enquêté (en %)

Sexe	Liste principale	Admis	Candidat
Filles	82,6	85,3	86,5
Garçons	17,4	14,7	13,5

Sources : Statistiques internes de l'IFSI

Champs : Ensemble des 458 candidats au concours d'entrée de l'IFSI de Lérins en 2014

Note de lecture : En 2014, 85,3 % des nouveaux étudiants admis à l'issue du concours d'entrée à l'IFSI de Lérins étaient des filles.

Les premières ont 27,8 % de chances d'être admises et 9,6 % d'être recrutées alors que les seconds ont 30,6 % de chances d'être admis et 12,9 % de chances d'être recrutés.

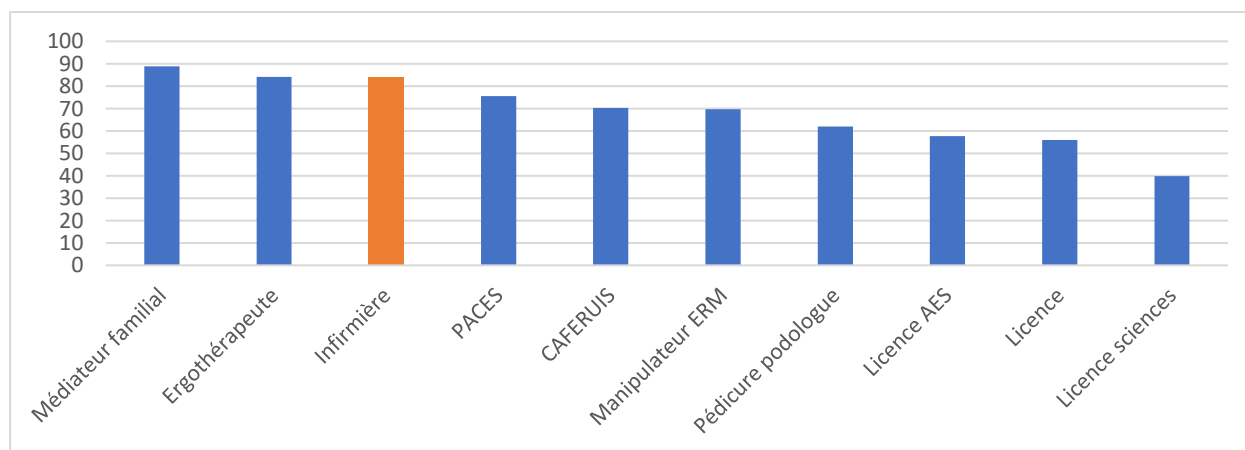
Ces données révèlent donc que le profil retenu est un profil général, scientifique avec une certaine expérience. Qu'est-ce qu'une telle sélection produit en termes de public ?

4. Un recrutement national féminin et populaire, dominé sur le plan de l'origine sociale et scolaire

La comparaison avec d'autres filières de l'enseignement supérieur de niveau équivalent, soit des filières de niveau II selon le Répertoire national de certification professionnelle (RNCP) ou de niveau 6 selon les normes européennes⁵⁹ permet de saisir les spécificités et de mieux broser le portrait des étudiantes en soins infirmiers au moment de l'enquête. Les données présentées ici porteront sur le niveau national afin de saisir de la manière la plus large possible le public de ce cursus. Elles prendront en compte les données relatives à la période du recrutement sur concours.

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, à l'image de la profession, la formation en soins infirmiers demeure très féminisée malgré une légère baisse depuis 1970. Les femmes représentaient en 2018, 84,1 % des effectifs⁶⁰. Cette formation fait partie de l'une des trois de niveaux II qui ont plus de quatre étudiantes sur cinq qui sont des femmes, juste derrière la formation de médiateur familial ou d'ergothérapeute.

Graphique 4 : Part des femmes dans différentes formations de niveau II (en %)



Sources : Rapport statistique de la DRESS et de la DEPP 2018

Champs : Ensemble des établissements en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) en 2017

Note de lecture : En 2017, 84,1 % des étudiants de la formation d'ergothérapeute étaient des femmes.

Les autres formations de santé (non médicales) de niveau équivalent sont moins féminisées, les femmes y représentent autour de trois étudiantes sur cinq. Les licences, notamment celles qui

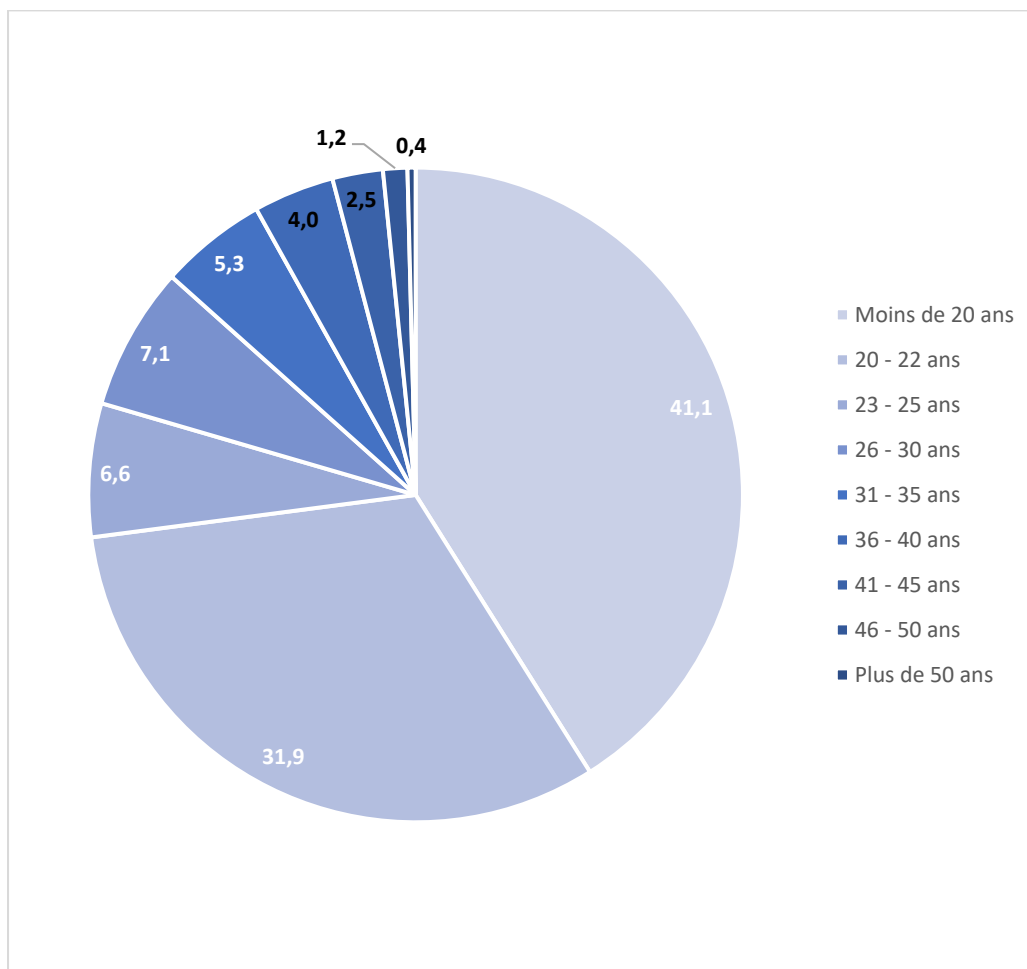
⁵⁹ Formations qui préparent à un niveau licence ou maîtrise.

⁶⁰ Les chiffres de cette partie sont issus du panorama de la DRESS (*La formation aux professions de santé (hors professions médicales et pharmaceutiques)*, 2020)

sont dites « scientifiques », sont les filières de niveau II les plus mixtes. En comparaison, la formation en soins infirmiers accueille deux fois plus de femmes.

Pour ce qui est de l'âge, cette formation a un public relativement hétérogène. En 2017, les moins de 22 ans représentent un tiers des nouvelles inscrites (27 %), les moins de 20 ans, deux étudiantes sur cinq (41,1 %).

Graphique 5 : Répartition par âge des étudiantes en soins infirmiers de première année (en %)



Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 ».

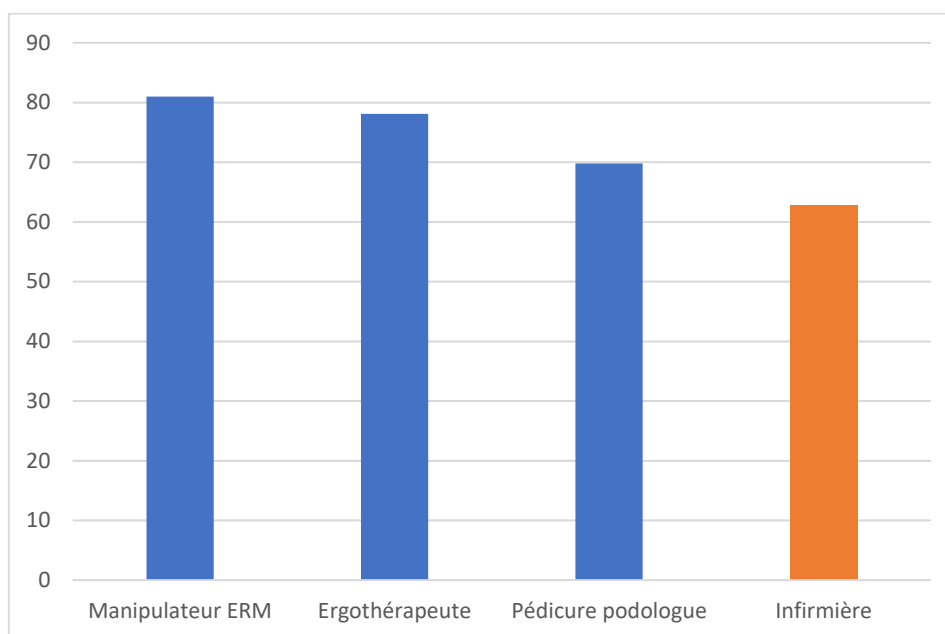
Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM)

Note de lecture : En 2017, 41,1 % des étudiantes de premières années avaient moins de 20 ans.

Une telle répartition est assez singulière dans le champ des formations de santé (non médicale) de niveau équivalent⁶¹.

⁶¹ Si dans la suite du propos, la comparaison avec les formations sociales ne sont pas poursuivies c'est parce que ces dernières s'intègrent avec un niveau bac+2-+3 ce qui rend la comparaison avec la formation en soins infirmiers en termes d'âge ou de parcours scolaire peut pertinente.

Graphique 6 : Part des étudiants de premières années de moins de 22 ans dans les formations de santé (non médicale) de niveau II (en %)



Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 ».

Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM)

Note de lecture : En 2017, 81 % des étudiants manipulateurs et manipulatrices ERM de premières années avaient moins de 22 ans.

Les autres formations accueillent en effet un public plus jeune. Plus de 70 % de leurs étudiants de premières années ont moins de 22 ans alors que ce n'est le cas que de 62,7 % des étudiantes en soins infirmiers en début de formation.

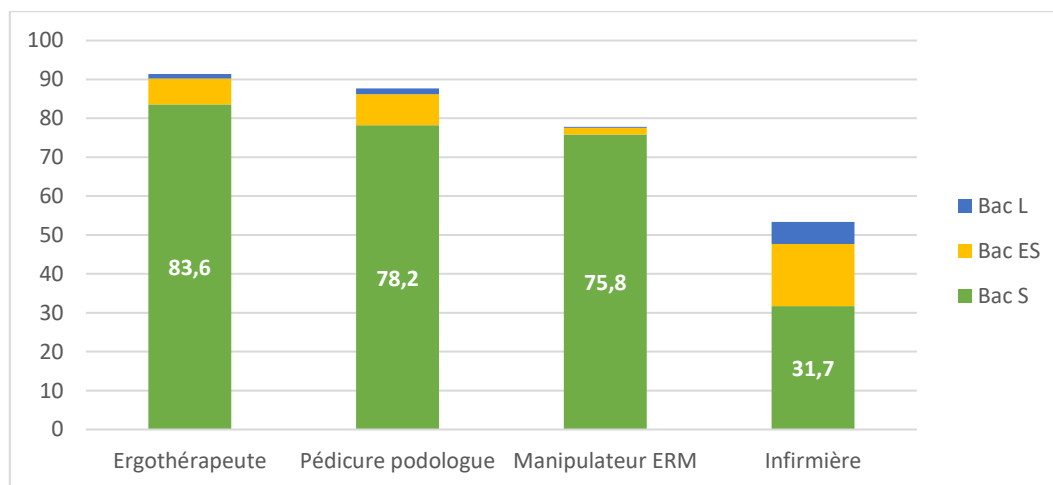
La proportion importante d'étudiantes âgées laisse augurer que pour beaucoup l'intégration de la formation ne se fait pas directement après le baccalauréat. Les statistiques le confirment, les étudiantes en soins infirmiers ne sont que 17,9 % à avoir suivi des études secondaires l'année précédant l'intégration de la formation, ce qui signifie que plus de 80 % ont fait autre chose après le lycée. La plupart étaient dans une formation préparatoire à l'entrée dans la formation actuelle (32,6 %) alors que certaines suivaient un autre cursus de l'enseignement supérieur (7,8 %), dont 5,6 % en médecine. Pour plus d'une étudiante de première année sur cinq (23,1 %), la formation en soins infirmiers représente une reprise d'étude. Elles sont notamment 15,7 % à avoir eu un emploi dans le secteur sanitaire, social ou médico-social juste avant d'intégrer l'IFSI. Une situation qui reste largement marginale dans les autres formations de santé (non médicales) de niveau équivalent, puisque moins de 5 % des étudiants de ces autres cursus sont dans cette situation.

Si les étudiantes ont le plus souvent fait quelque chose entre le baccalauréat et l'intégration de la formation en soins infirmiers, elles sont une minorité à avoir un niveau de

diplôme supérieur au baccalauréat (10,7 %). Sur ce point, les étudiantes en soins infirmiers sont très proches des futurs manipulateurs et manipulatrices EMR ou des pédicures podologues qui sont également respectivement 7,1 % et 8,4 % dans ce cas. Les futurs ergothérapeutes sont nettement plus souvent titulaires d'un niveau supérieur ou égal à bac+2 (18,9 %). Sur le plan du diplôme, les étudiantes en soins infirmiers se singularisent par l'importance du nombre de titulaires d'un diplôme sanitaire et social. Elles sont 16,7 % à avoir un tel diplôme et pour la plupart il s'agit de celui d'aide-soignante (11,7 % de l'ensemble des étudiantes en soins infirmiers). Si ces dernières semblent donc *a priori* avoir un profil scolaire intermédiaire, elles se révèlent plus nombreuses que les autres à ne pas avoir atteint le niveau baccalauréat. Elles sont 8,3 % dans ce cas contre moins de 5 % dans les autres formations précitées. Le public de cette formation est donc plus souvent moins diplômé que celui des autres formations de santé de niveau équivalent. Les étudiantes en soins infirmiers sont 91,2 % à avoir un niveau baccalauréat contre 97,3 % des ergothérapeutes et des manipulateurs, manipulatrices ERM, et 98,7 % des pédicures podologues.

Cette moindre sélection scolaire s'appréhende également au travers du type de baccalauréat suivi. Les étudiantes issues du baccalauréat général sont moins nombreuses que dans les autres filières sanitaires de niveau équivalent.

Graphique 7 : Part des étudiants ayant suivi un baccalauréat général dans le secondaire en fonction de la filière suivie (en %)



Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 ».

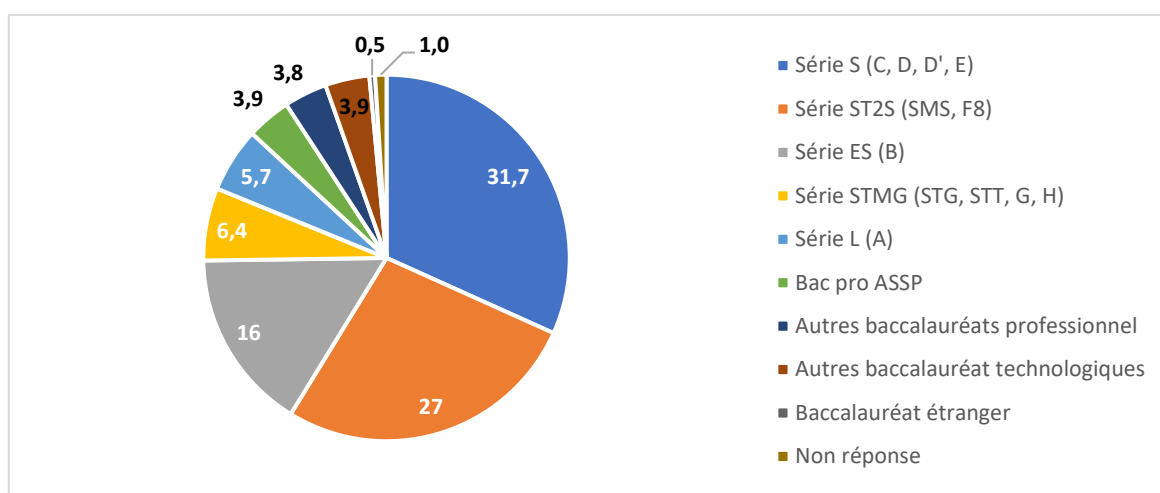
Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM)

Note de lecture : En 2017, 53,4 % des étudiantes en soins infirmiers à avoir suivi une voie générale dans le secondaire, dont 31,7 % un baccalauréat S, 16 % la filière ES et 5,7 % un baccalauréat L.

Alors que dans la formation en soins infirmiers, ces dernières représentent à peine plus de la moitié des étudiantes (53,4 %), dans les autres cursus sanitaires de niveau II, ce type

d'étudiantes représentent plus de 75 % du public. Une étude par filière montre qu'elles sont également une moindre proportion à venir de la filière générale scientifique, la voie la plus prestigieuse socialement de l'enseignement secondaire (Baudelot & Establet, 1992). Les étudiantes en soins infirmiers ne sont qu'un tiers (31,3 %) à en être issues contre plus du double dans les autres filières. La trajectoire secondaire des étudiantes de cette formation se révèle donc plus hétérogène que dans les autres filières de santé de niveau équivalent. Ces dernières sont quasi aussi nombreuses à venir de S qu'à être issues de la voie technologique sanitaire et sociale (ST2S).

Graphique 8 : Baccalauréat d'origine des étudiantes en soins infirmiers en 2017 (en %)



Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 ».

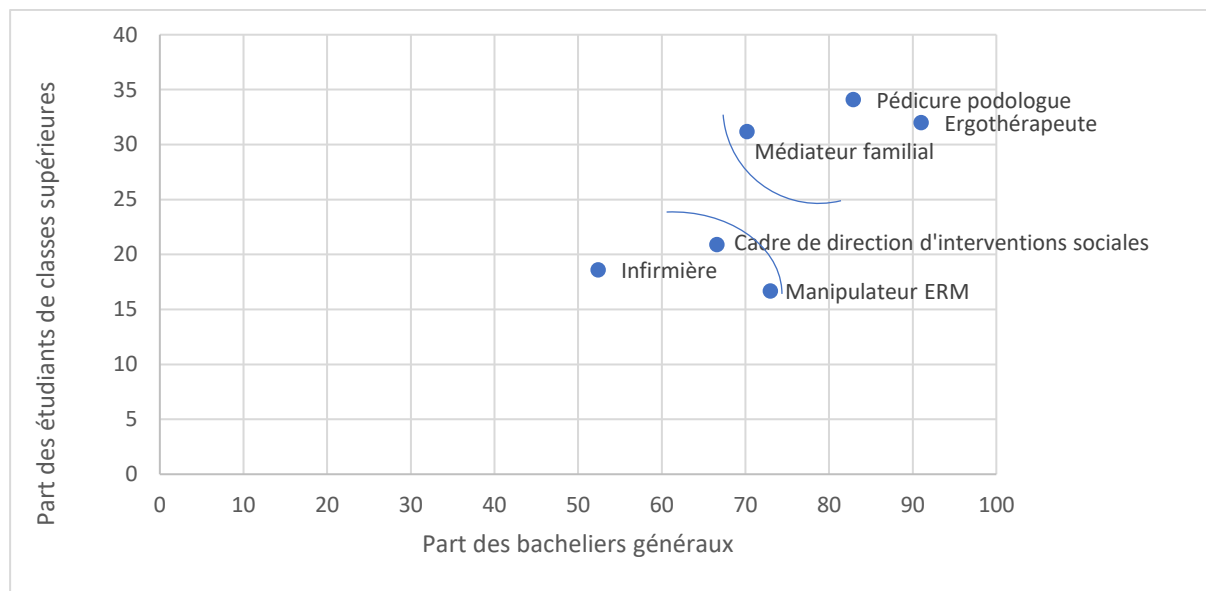
Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM)

Note de lecture : En 2017, 31,7 % des étudiantes en soins infirmiers sont issues de la voie générale S.

Près de deux tiers des étudiantes en soins infirmiers ont côtoyé l'une ou l'autre de ces voies. Elles sont 31,7 % à venir de S et 27 % à avoir été en ST2S. Le baccalauréat général économique et social (ES) est également beaucoup représenté, puisque plus de 15 % ont suivi cette filière. Viennent ensuite les bacheliers technologiques de management et gestion (STMG : 6,4 %) et ceux issus de la voie générale littéraire (L : 5,7 %). Les bacheliers professionnels sont peu représentés (7,7 %). Celles qui en viennent sont principalement issues du baccalauréat Accompagnement Soins et Services à la Personne (ASSP : 3,9 %). Plus des deux tiers (60,9 %) des étudiantes ont donc suivi une formation secondaire scientifique (S, ST2S ou STL), elles sont également 46,9 % à avoir reçu une formation sociale (ES, ST2S, ASSP) et plus d'un tiers (30,9 %) à avoir été dans une filière secondaire promouvant le soin (ST2S et ASSP).

Cette sous-sélection scolaire va de pair avec une sous-sélection sociale. La comparaison de formations de niveau équivalent permet d'en prendre toute la mesure :

Graphique 9 : Structuration de l'espace des formations de niveau II en fonction de l'origine sociale et de la filière secondaire suivies (en %)



Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 » et de la DEPP

Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM)

Note de lecture : En 2017, 52,4 % des étudiantes en soins infirmiers étaient issues d'un baccalauréat général et elles étaient 18,8 % à avoir un père cadre ou exerçant une profession intellectuelle supérieure.

Les étudiantes en soins infirmiers sont parmi les formations de niveau II qui accueillent le moins d'étudiantes venant d'un milieu de cadre ou des professions intellectuelles supérieures. Elles sont moins de 20 % dans ce cas : 18,8 % ont un père et 12,4 % ont une mère appartenant à cette catégorie. Des proportions très similaires se retrouvent dans la formation de manipulateurs et manipulatrices ERM ou de cadres de directions d'interventions sociales. Ces formations sanitaires s'opposent à celles de pédicure podologue, d'ergothérapeute ou de médiateur et médiatrice familial qui accueillent quant à elles, un public plus aisé socialement puisque plus d'un tiers des étudiants dans ces voies ont un père cadre ou appartenant aux professions supérieures et un sur cinq ont une mère dans cette situation.

Les professions intermédiaires sont également sous-représentées dans la formation des infirmières, que ce soit au regard de la population active ou au regard des autres formations de santé. Alors que les professions intermédiaires représentent près d'un quart (24,8 %) de la population active, les étudiantes en soins infirmiers dont le père appartient à cette catégorie ne sont que 7,2 % et c'est seulement le cas de 11,3 % des mères. Il s'agit de la formation de santé de ce niveau qui a le moins d'étudiantes de ce milieu.

Tableau 5 : Origine sociale des étudiantes en soins infirmiers en 2017 comparativement à la structure de la population active (en %)

	Père	Mère	Structure de la population active de 15 à 64 ans en France
Agriculteur, Agricultrice	2,8	1,1	1,4
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	11,2	4,7	6,1
Cadre et profession intellectuelle du supérieur	18,8	12,4	16,3
Profession intermédiaire	7,2	11,3	24,8
Employé	28,7	46,4	28,5
Ouvrier	18,8	7,5	21,5
Personne n'ayant jamais travaillé	1,4	9,0	
Non-réponse	11,1	7,6	

Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 » et données issues du recensement 2017 de l'INSEE.

Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM)

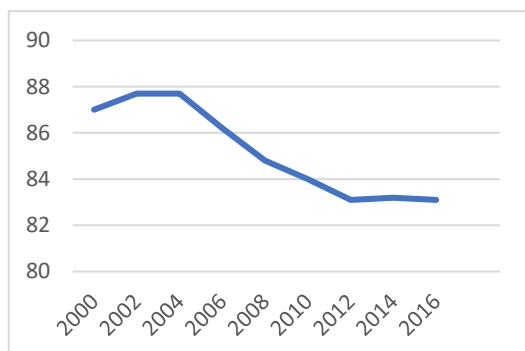
Note de lecture : En 2017, 46,4 % des étudiantes en soins infirmiers ont une mère employée.

À l'inverse, dans ce cursus, le recrutement se fait en grande partie dans les classes populaires. Dans la formation en soins infirmiers, près de la moitié des étudiantes ont un père appartenant à l'une ou l'autre de ces catégories (47,5 %) et c'est le cas de 53,9 % des mères. Un profil que l'on retrouve également dans la formation de manipulateurs et manipulatrices ERM et dans celles de cadres de directions d'interventions sociales. Dans les autres formations de santé de ce niveau, les pères sont issus pour seulement un tiers de la catégorie populaire et c'est le cas de moins de 45 % des mères. Les étudiantes d'origine populaire sont donc plus représentées dans la formation en soins infirmiers que dans d'autres formations équivalentes, mais légèrement sous-représentées par rapport à la population active (moins 2,5 points). À l'inverse, les mères employées, et les pères artisans, commerçants, chefs d'entreprise ou agriculteurs sont surreprésentés, une différence de 17,9, 5,1 et 1,4 point existe avec les données nationales. Cette formation se révèle donc appartenir à un pôle dominé de l'espace des formations de santé de niveau II.

Une légère prise de recul historique permet de rendre compte de la dynamique de recrutement de cette formation avant l'enquête.

Entre 2000 et 2013, dans un contexte de scientification du contenu et d'universitarisation de la formation, le recrutement tend à être de moins en moins féminin et davantage issu de la filière générale S. La part des femmes est passée de 87 % à 83,1 %. La part des bachelières S de 30,5 % à 33,4 % alors que la part des bachelières ST2S a chuté, passant de 39,3 % à 24,7 %.

Graphique 10 : Évolution de la part des femmes parmi les étudiantes en IFSI (en %)

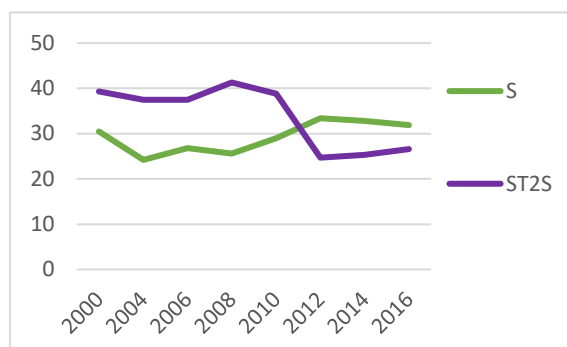


Sources : Dépouillement statistique des documents de travail de la DRESS intitulé : La formation aux professions de la santé.

Champs : Ensemble des étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : En 2002, les femmes représentaient 87,7 % des étudiants en IFSI.

Graphique 11 : Évolution du recrutement scolaire des étudiantes en IFSI (en %)



Sources : Dépouillement statistique des documents de travail de la DRESS intitulé : La formation aux professions de la santé.

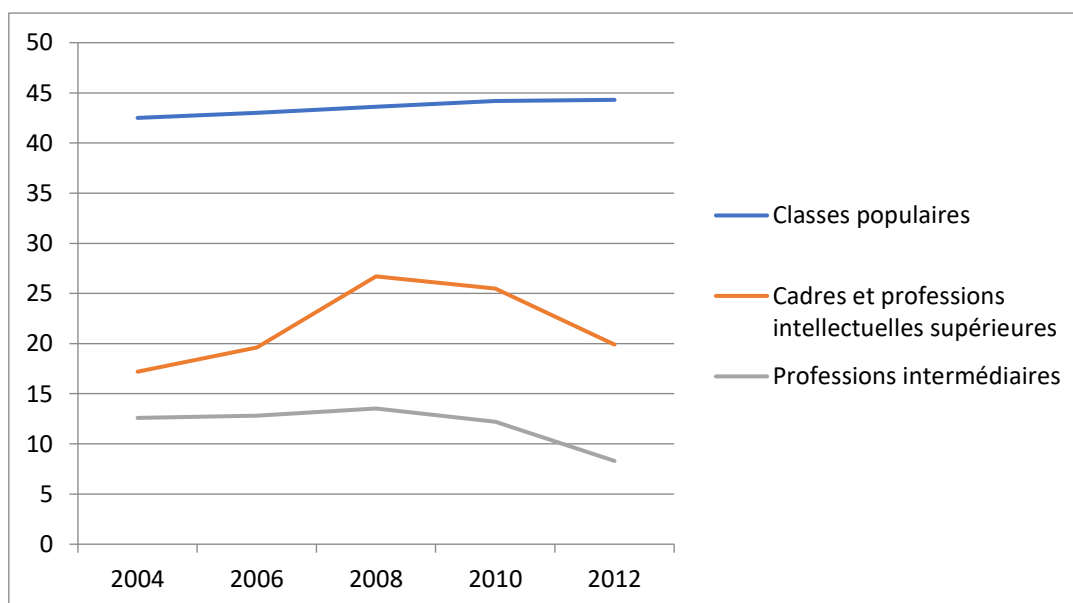
Champs : Ensemble des étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : En 2004, 37,5 % des étudiantes venaient d'un baccalauréat ST2S.

Néanmoins à partir de 2013, date d'arrivée dans l'enseignement supérieur des premières bachelières issues de la réforme des lycées, la tendance change. La féminisation stagne. L'origine scolaire des étudiantes tend à s'inverser : la part des bachelières ST2S augmente (+1,9 points) alors que celle des S diminue légèrement (-1,5 points).

Sur l'ensemble des vingt dernières années, la part des étudiantes ayant un père d'origine populaire n'a cessé d'augmenter, passant de 42,5 % en 2004 à 46,7 % en 2016.

Graphique 12 : Évolution de l'origine sociale des étudiantes en soins infirmiers (en %)



Sources : Dépouillement statistique des documents de travail de la DRESS intitulé : La formation aux professions de la santé.

Note de lecture : En 2004, 42,5 % des étudiantes avaient un père d'origine populaire.

Après avoir augmenté jusqu'en 2008, la part des étudiantes issues des milieux de cadre et professions intellectuelles supérieures diminue à partir de 2009, date d'entrée en vigueur du nouveau référentiel de la formation, passant de 26,7 % en 2008 à 19,9 % en 2012. À partir de là, la part des étudiantes issues des professions intermédiaires qui étaient relativement constante jusqu'alors, se met elle aussi à diminuer (- 5,2 points).

En 2013, la tendance change de nouveau. La diminution des étudiantes ayant un père cadre ou appartenant aux professions intellectuelles supérieures et aux professions intermédiaires cesse.

5. L'IFSI enquêté, un public particulièrement hétérogène

L'enjeu étant de voir si cette institution entretient toujours actuellement une socialisation genrée traditionnelle, le choix a été fait d'enquêter auprès d'un institut de formation accueillant un public très féminisé et au profil social hétérogène. Un tel choix permet de mettre en évidence de manière privilégiée le rôle de l'institution d'enseignement dans le développement de dispositions supposées féminines. Des caractéristiques sociales variées laissent en effet supposer des parcours de socialisation primaire divers (Bereni et al., 2012 ; Bourdieu, 1979) et offrent l'occasion d'entrevoir la socialisation opérée par ce cursus d'enseignement.

Dans cette perspective, le choix a été fait d'étudier l'IFSI de Lérins qui accueille un public féminin particulièrement multiple.

**Tableau 6 : Structure de la population étudiante en IFSI
à différentes échelles territoriales (en %)**

	Part des femmes	Part des étudiantes de plus de 22 ans	Part des pères appartenant aux classes populaires	Part des aides-soignantes
France	83,9	37,3	45,7	11,7
Lérins	89,6	42,4	37,6	20

Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 » et données issues de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes dans le Département en 2017.

Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) et ensemble de 125 étudiantes de Lérins.

Note de lecture : En 2017, 89,6 % des étudiantes en soins infirmiers de Lérins sont des femmes.

Le taux de féminisation de cet IFSI avoisine les 90 %. Il accueille à ce titre plus de femmes que les autres établissements et offre donc un terrain particulièrement propice à l'observation de la socialisation genrée.

Le public accueilli se révèle par ailleurs très hétérogène tant sur le plan de l'âge, du parcours que de l'origine sociale. Les étudiantes y sont plus âgées : 42,4 % ont plus de 22 ans alors que ce n'est le cas que de 37,3 % en moyenne dans les autres IFSI. Celles ayant une expérience professionnelle dans le secteur de la santé sont particulièrement nombreuses. Une étudiante sur cinq est aide-soignante alors que ce n'est le cas que de 11,7 % dans les autres IFSI. Comme dans le reste de la France, les étudiantes d'origine populaire représentent la part la plus importante, mais les étudiantes ayant un père ouvrier ou employé sont sous-représentées par rapport à la moyenne nationale. Alors qu'elles sont près d'une sur deux à avoir un père appartenant à ces catégories (47,6 %) à l'échelle nationale, à Lérins, elles ne sont que 37,6 % dans ce cas.

Tableau 7 : Comparaison de l'origine sociale des étudiantes en soins infirmiers de Lérins et du territoire national (en %)

	Origine sociale du père		Origine sociale de la mère	
	France	Lérins	France	Lérins
Agriculteur, Agricultrice	2,8	4,8	1,1	3,2
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	11,2	11,2	4,7	1,6
Cadre et profession intellectuelle du supérieur	18,8	10,4	12,4	4
Profession intermédiaire	7,2	24	11,3	26,4
Employé	28,7	12,8	46,4	48
Ouvrier	18,8	24,8	7,5	8,8
Personne n'ayant jamais travaillé				4

Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 » et données issues de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes de Lérins en 2017.

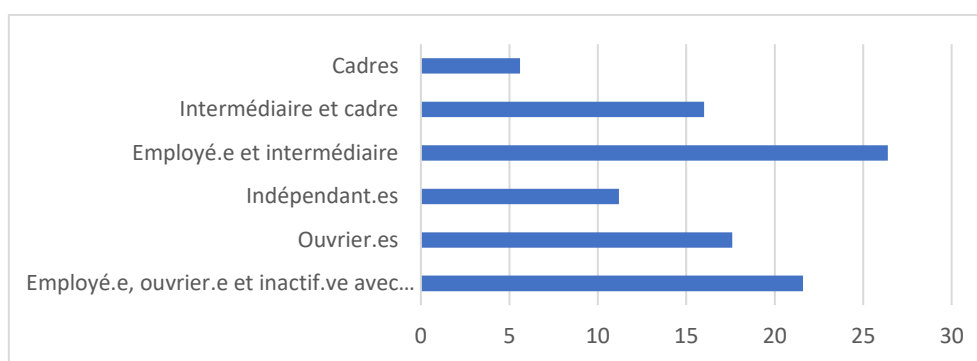
Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) et ensemble de 125 étudiantes de Lérins

Note de lecture : En 2017, les étudiantes en soins infirmiers étudiant en France étaient 18,8 % à avoir un père cadre ou issu des professions intellectuelles supérieures. Celles étudiant à Lérins étaient 10,4 % dans ce cas.

Plus d'un tiers des étudiantes ont un père cadre, issus des professions intellectuelles supérieures ou des professions intermédiaires (34,4 %) alors que ce n'est le cas que de 26 % en France.

L'analyse de la PCS ménage met en évidence cette forte diversité sociale du public. Les étudiantes de Lérins sont près d'un quart à être issues de ménages employé et intermédiaire (26,4 %). Elles sont 21,6 % à venir d'un ménage employé, ouvrier et inactif avec inactif ou vivant seul.

Graphique 13 : Origine sociale des étudiantes en soins infirmiers de Lérins en fonction de la PCS ménages⁶²



Sources : Données issues de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes dans le Département en 2017.

Champs : Ensemble de 125 étudiantes de Lérins

Note de lecture : En 2017, 5,6 % des étudiantes en soins infirmiers de Lérins sont issues d'un ménage de cadre.

⁶² Je me suis ici appuyée ici sur la typologie proposée par le groupe de travail du Cnis1 pour la rénovation de la PCS 2017-2018 en reprenant les catégories proposées dans un document provisoire présenté lors de la réunion de la Commission Emploi Revenu, 12 avril 2019. La mobilisation d'une telle typologie me paraissait importante dans la mesure où elle permet de tenir compte des évolutions de la société et de dépasser les limites de l'utilisation de la personne de référence du ménage. Pour plus d'informations sur cette catégorisation, voir le document suivant : https://www.cnis.fr/wp-content/uploads/2019/01/DPR_2019_1re-reunion_ComEmploi_R%C3%A9novation-PCS-2018-2019_Note-d%C3%A9tail%C3%A9.pdf

Les ménages d'intermédiaire et cadre ainsi que d'ouvriers représentent plus de 15 %.

L'une des spécificités sociales de cet établissement est d'accueillir beaucoup d'étudiantes issues d'un ménage d'ouvriers, c'est le cas de 17,6 %, soit près d'une étudiante sur cinq. Une autre spécificité est la moindre présence d'étudiantes ayant un parent cadre ou issu des professions intellectuelles supérieures. Celles qui ont un père dans ce cas sont seulement 10,4 % et les mères ne sont que 4 % à avoir une telle position, près de 8 points de moins que la moyenne nationale.

Ces caractéristiques sociales des étudiantes en soins infirmiers de Lérins rejoignent celles du bassin d'emploi de cette ville dont plus de 40 % sont issues.

Tableau 8 : Origine géographique des étudiantes en soins infirmiers à Lérins en 2014 (en %)

Ville	42,9
Département	55,6
Région	57,1
Départements limitrophes (hors région)	26,4

Source : statistique interne à l'établissement

Champ : Ensemble des 3 promotions des étudiantes de cet IFSI

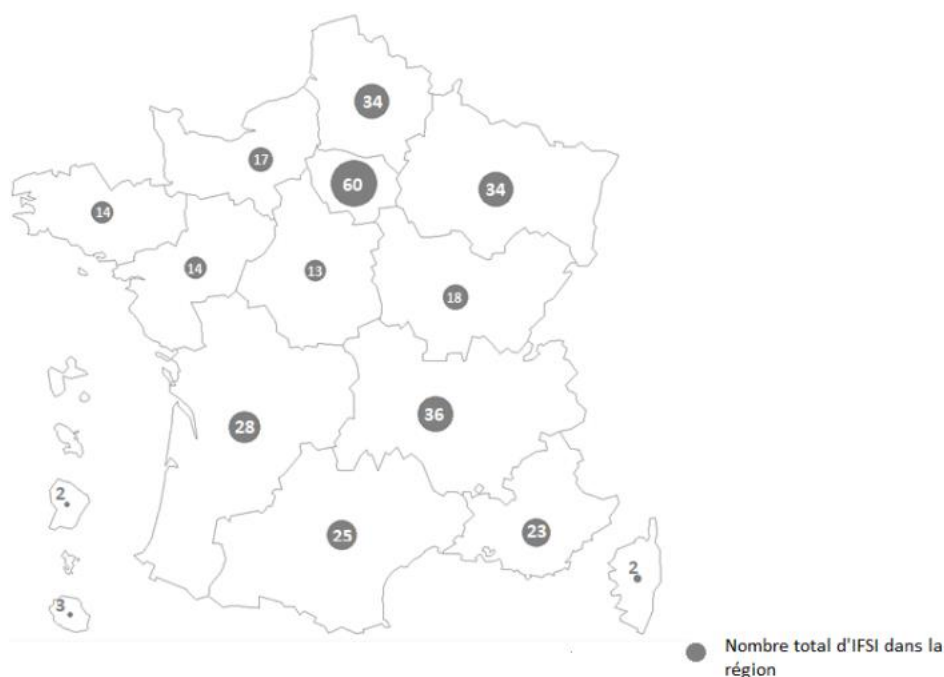
Note de lecture : Les étudiantes en soins infirmiers de Lérins sont 57,1 % à venir de la région, parmi elles, 55,6 % viennent du département et 42,9 % de la ville.

Il s'agit d'un bassin d'emploi au caractère industriel et tourné vers la construction qui a une population plus populaire que l'ensemble du territoire : les ouvriers et les employés représentent respectivement 27,2 % et 28,8 %, soit 6,4 et 0,7 point de plus que la moyenne nationale et les cadres y sont beaucoup moins présents (écart de 6,7 points).

6. Un profil singulier dans un département sur-sélectionné scolairement et socialement

La région dans laquelle se situe l'IFSI étudié se caractérise par une offre de formations en soins infirmiers parmi les plus faibles. En 2016, au moment du début de l'enquête, elle accueillait moins de 20 établissements préparant à ce cursus contre 60 en Ile-de-France, 36 en Auvergne-Rhône-Alpe, 34 en Hauts-de-France et dans le Grand-Est, 28 en Nouvelle-Aquitaine et moins de 25 dans les autres régions.

Carte 1 : Répartition des formations en soins infirmiers sur le territoire français



Carte réalisée avec Philcarto à partir des données de la DRESS, le 8/01/21.

Parmi cette faible offre de formation en soins infirmiers, les établissements privés sont surreprésentés. Cette région compte en effet quatre IFSI Croix-Rouge pour 11 établissements publics, ce qui fait que près d'un quart de l'offre de formation en soins infirmiers est assurée par des établissements privés, contre 18,1 % sur le reste du territoire. Le département enquêté ne fait pas exception. Sur les quatre formations proposées, une est rattachée à la Croix-Rouge : l'établissement situé à Péred. Les trois autres IFSI sont publics. Les institutions d'enseignement proposant cette formation sont répartis sur le département, contrairement aux autres formations de santé (aides-soignantes excepté) qui elles se concentrent sur Gravel (Annexe 3). Les IFSI sont situés respectivement dans la capitale de région Gravel, et dans deux sous-préfectures :

Lérins et Chenier. Les étudiantes de cette filière sont environ 1 000 dans ce département. L'établissement de Gravel accueille plus de la moitié des étudiantes du département et est le plus important sur le plan des effectifs (630 étudiantes). L'IFSI Croix-Rouge de Péred est le second (240 étudiantes en moyenne) et en scolarise une sur cinq. Les deux autres comptent aux alentours de 150 étudiantes, soit environ 13 % chacun⁶³.

Le profil social des étudiantes en soins infirmiers ligériennes est, contrairement à l'IFSI de Lérins, plus favorisé sur le plan social et scolaire qu'ailleurs. Dans ce département, les étudiantes ayant un de leurs parents appartenant à la catégorie de cadres et professions intellectuelles supérieures ou aux professions intermédiaires sont environ deux fois plus nombreuses que dans le reste de la France. Alors qu'elles ne représentent qu'un quart des étudiantes en soins infirmiers françaises, elles sont 51,7 % dans le Département à avoir un père appartenant à l'une de ces deux catégories et 43,6 % à avoir une mère dans ce cas.

Tableau 9 : Comparaison de l'origine sociale des étudiantes en soins infirmiers à différentes échelles territoriales (en %)

	Origine sociale du père			Origine sociale de la mère		
	France	Département	Lérins	France	Département	Lérins
Agriculteur, Agricultrice	2,8	6,2	4,8	1,1	2,3	3,2
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	11,2	10,6	11,2	4,7	3,1	1,6
Cadre et profession intellectuelle du supérieur	18,8	23,7	10,4	12,4	10,3	4
Profession intermédiaire	7,2	28	24	11,3	33,3	26,4
Employé-e	28,7	11,9	12,8	46,4	41,3	48
Ouvrier-e	18,8	21,9	24,8	7,5	5,4	8,8
Personne n'ayant jamais travaillé		0,7	0		4,2	4

Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 » et données issues de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes dans le Département en 2017.

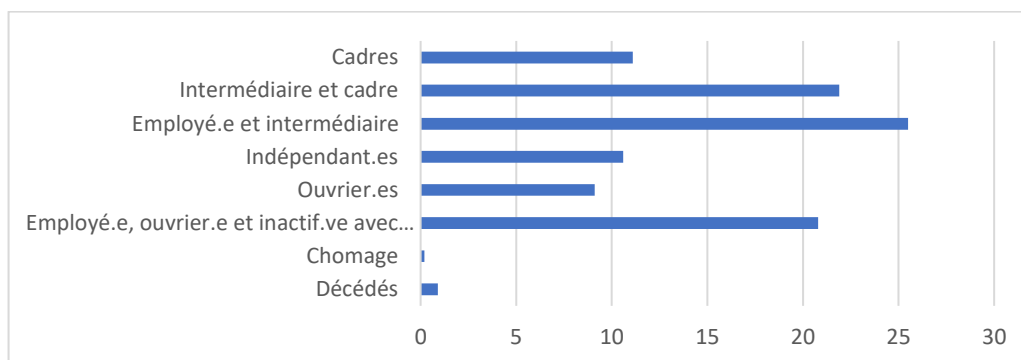
Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) et ensemble de 938 étudiantes du Département

Les étudiantes ligériennes d'origine populaire sont quant à elles moins nombreuses que dans le reste de la France. Il y a une différence de 11,9 points en ce qui concerne le père et de 6,7 points pour la mère. Par ailleurs, comme ce qui a été observé pour Lérins, elles n'appartiennent pas exactement à la même frange des classes populaires. Les étudiantes du Département viennent moins souvent du monde employé et plus souvent du milieu ouvrier que dans le reste de la

⁶³ La répartition des étudiantes enquêtées par questionnaire suit les mêmes proportions que ces effectifs théoriques. Plus de la moitié suivent leurs études à Gravel (52,3 %), une sur cinq est dans l'IFSI privé et les IFSI de Chenier et de Lérins accueillent environ 13 % de l'effectif départemental.

France. Dans ce département, elles sont 21,9 % contre 18,8 % sur l'ensemble du territoire à avoir un père ouvrier et 11,9 % contre 28,7 % à avoir un père employé. Leurs mères sont également moins souvent employées (moins 5,1 points). Les étudiantes issues d'un ménage d'ouvriers ne représentent cependant à l'échelle du département pas plus de 10 % de l'ensemble des étudiantes ligériennes.

Graphique 14 : Origine sociale des étudiantes en soins infirmiers du Département en fonction de la PCS ménages



Sources : Données issues de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes dans le Département en 2017.

Champs : Ensemble de 938 étudiantes du Département

Note de lecture : En 2017, 11 % des étudiantes en soins infirmiers du Département sont issues d'un ménage de cadre.

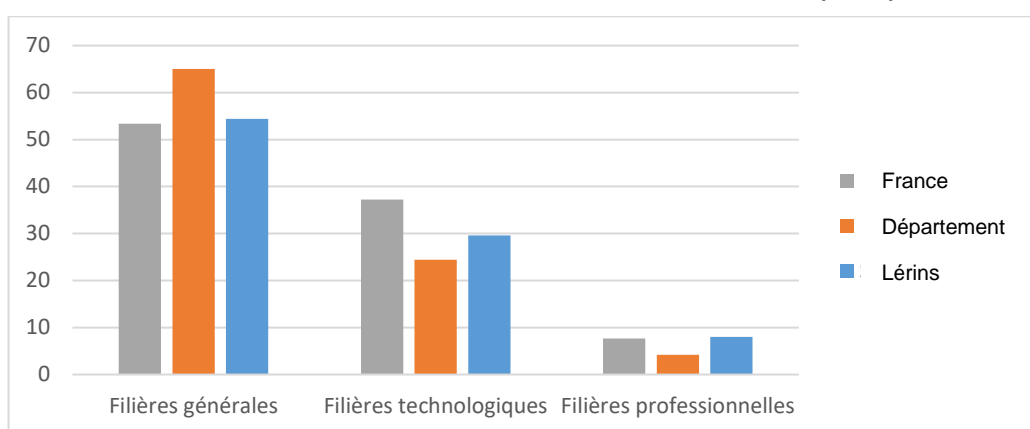
Comme à Lérins, dans l'ensemble du département les étudiantes appartiennent de manière privilégiée et à des ménages d'employé et intermédiaire (25,5 %). En revanche, elles sont ensuite issues des ménages d'intermédiaire et cadre (21,9 %) et des ménages d'employé, ouvrier et inactif avec inactif ou vivant seul (20,8 %) alors que celles de Lérins étaient plus souvent issues de ménages d'employé, ouvrier et inactif avec inactif ou vivant seul.e, ainsi que de ménages d'ouvrier. D'après la passation des questionnaires, au niveau départemental, les mères sont le plus souvent secrétaires (9,4 %), assistantes maternelles (7,6 %), aides-soignantes (6,8 %), infirmières (6,5 %), mères au foyer (5,1 %) ou professeures des écoles (4,3 %) alors que leurs pères sont le plus souvent des cadres (8 %), ouvriers (4,7 %), agriculteurs (4,3 %), ingénieurs (4,3 %), chauffeurs (3,6 %) ou chefs d'entreprise (3,6 %). Elles sont près d'un tiers à avoir un parent qui travaille dans le monde de la santé.

Les divergences d'origines sociales constatées vont de pair avec des divergences de profils scolaire et professionnel. La passation des questionnaires révèle que les étudiantes du Département ont plutôt un profil intermédiaire en termes de niveau scolaire. Pour une large majorité (76,6 %), elles déclarent avoir eu entre 10 et 14 de moyenne en terminale. Elles sont par ailleurs près de deux sur cinq à avoir reçu la mention assez bien au baccalauréat. Les meilleurs profils scolaires sont relativement absents. Les étudiantes ayant obtenu une mention

très bien au baccalauréat et déclarant avoir eu plus de 16 de moyenne en terminale sont moins de 2 %. À titre de comparaison, à l'échelle nationale sur l'ensemble des étudiants de l'enseignement supérieure, 29,7 % ont une mention assez bien et 14,7 % une mention très bien⁶⁴. Une partie non négligeable des étudiantes a connu des difficultés scolaires. Un quart d'entre elles ont redoublé au cours de la scolarité, le plus souvent au lycée (62,5 %).

Si l'on compare ces données à celles recueillies à Lérins et au plan national⁶⁵, le profil des étudiantes du Département se révèle meilleur que celui des étudiantes nazairiennes qui ont un profil scolaire proche de celui des étudiantes françaises.

Graphique 15 : Filières secondaires suivies par les étudiantes en soins infirmiers à différentes échelles territoriales (en %)



Sources : Données issues de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes en Département en 2017 et Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 ».

Champs : Ensemble de 938 étudiantes du Département

Note de lecture : En 2017, 65 % des étudiantes en soins infirmiers du Département ont suivi une filière générale dans le cadre de leurs études secondaires.

Les étudiantes ligériennes ont plus souvent suivi un cursus général : 65 % sont passées par une voie générale dans l'enseignement secondaire contre 53,4 % en France et 54,4 % à Lérins. Elles sont plus fréquemment passées par la filière générale scientifique S (plus de 10 points) et ont moins fréquenté une filière technologique (24,3 % contre 37,2 % sur l'ensemble du territoire et 29,6 à Lérins). Les étudiantes issues d'un baccalauréat ST2S sont particulièrement sous-représentées (moins 8,8 points par rapport au niveau national et moins 4,4 points par rapport à Lérins). Seules 4,4 % ont pris une voie professionnelle contre 7,7 % sur le plan national et 8 % à Lérins. La trajectoire secondaire des étudiantes ligériennes est donc meilleure que leurs homologues. Les étudiantes ligériennes ont d'ailleurs plus souvent obtenu une mention au baccalauréat (plus 3,6 points) et ont moins souvent redoublé (plus 5,8 points) que les étudiantes nazairiennes.

⁶⁴ Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 ».

⁶⁵ (Présentation des principaux résultats de l'enquête Conditions de vie des étudiants 2010, 2010)

Excepté ces divergences d'origines sociales et de parcours scolaires, la composition du public de la formation en soins infirmiers du Département est relativement similaire à celle du reste de la France sur le plan de l'âge, du genre et du profil, contrairement à Lérins (cf. Tableau 5, p. 73).

Tableau 10 : Structure de la population étudiante en IFSI à différentes échelles territoriales (en %)

	Part des femmes	Part des étudiantes de plus de 22 ans	Part des pères appartenant aux classes populaires	Part des aides-soignantes
France	83,9	37,3	45,7	11,7
Département	85,6	38,9	33,8	12,9

Sources : Rapport de la DRESS « La formation aux professions de santé non médicales et à la profession de sage-femme en 2017 » et données issues de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes en Département en 2017.

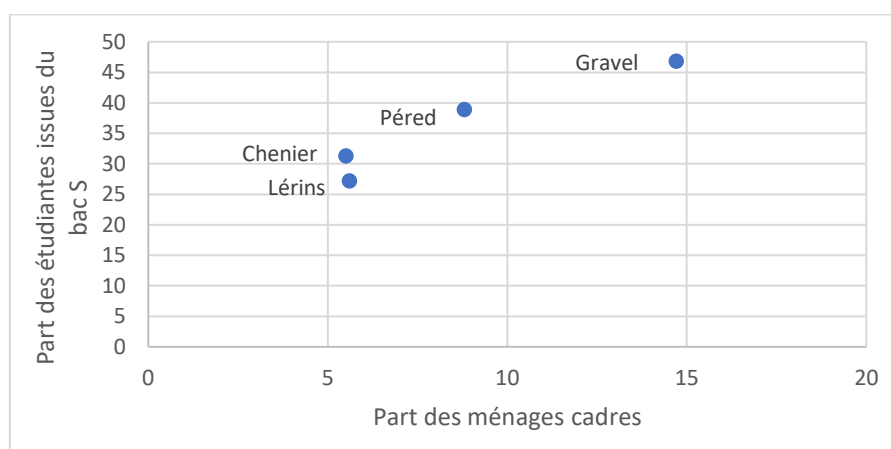
Champs : Ensemble des établissements de formation aux professions de santé en fonctionnement à la rentrée 2017, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) et ensemble de 938 étudiantes du Département

Note de lecture : En 2017, 89,6 % des étudiantes en soins infirmiers de Lérins sont des femmes.

Le taux de féminisation est proche de 85 % (contre 83,9 % sur l'ensemble du territoire). Les étudiantes de plus de 22 ans représentent 38,9 % (contre 37,3 % en France) et les aides-soignantes sont 12,9 % (contre 11,7 %).

Ces divergences de profils entre étudiantes ligériennes et étudiantes nazairiennes sont la trace d'une stratification au sein des IFSI du Département. Si l'on regarde de manière plus approfondie les caractéristiques de ces établissements, on constate que ces différents IFSI n'accueillent pas exactement le même public. Le public étudiant des formations en soins infirmiers du Département se révèle fortement polarisé.

Graphique 16 : Structuration des formations en soins infirmiers en fonction de l'origine sociale et de la filière secondaire suivies (en %)



Sources : Données issues de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes en Département en 2017.

Champs : Ensemble de 938 étudiantes du Département

Note de lecture : En 2017, 27,2 % des étudiantes en soins infirmiers de Lérins sont passées par la filière générale scientifique S.

D'un côté, l'IFSI situé dans la capitale de région accueille un public sursélectionné socialement et scolairement et de l'autre, les IFSI publics situés dans les deux sous-préfectures ont un public plus populaire, plus ouvrier, plus rural et moins sélectionné scolairement qu'ailleurs.

Tableau 11 : Structure de la population étudiante dans les différents IFSI du Département échelles territoriales (en %)

	Part des femmes	Part des étudiantes de + de 22 ans	Part des ménages de cadres	Part des ménages ouvriers	Part des bacheliers S
Gravel	84,9	62,3	14,7	6,5	46,8
Péred	80,8	54,9	8,8	7,8	38,9
Lérins	89,6	57,6	5,6	17,6	27,2
Chenier	85,9	64	5,5	11,7	31,3
Département	85,1	61,1	11,1	9,1	41,3

Sources : Données issues de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes en Département en 2017.

Champs : Ensemble de 938 étudiantes du Département

Note de lecture : En 2017, 89,6 % des étudiantes en soins infirmiers de Lérins sont des femmes.

Le dépouillement des questionnaires montre que l'IFSI de Gravel est celui qui a le public le plus élevé socialement et scolairement. Tout d'abord, les étudiantes viennent plus fréquemment d'un baccalauréat général (73,7 % contre 66,4 % en moyenne en Département) et plus précisément de la voie scientifique (plus 5,5 points). Elles ont par ailleurs moins souvent redoublé (moins 3,8 points) et ont eu plus souvent une mention bien ou très bien au baccalauréat (plus 3,7 points). Cette sur-sélection scolaire masque une sur-sélection sociale. Les étudiantes de Gravel sont plus souvent issues d'un ménage de cadres (plus 3,6 points). Leurs mères sont par ailleurs beaucoup plus diplômées. Elles sont 44,5 % à avoir un diplôme de l'enseignement supérieur, contre 37,7 % dans le département, dont notamment un tiers avec un niveau supérieur à la licence (30,4 %) contre un peu moins d'un quart (24,2 %) sur le reste de la Département. À l'inverse, les classes populaires et les anciennes aides-soignantes y sont moins présentes que dans les autres IFSI du département. Les mères ouvrières y sont sous-représentées (moins 3,6 points), tout comme les pères employés ou ouvriers (moins 8,1 points). Les anciennes aides-soignantes ne représentent que 9,4 %, contre 12,9 % dans l'ensemble du département.

L'autre IFSI qui accueille le public le plus favorisé scolairement et socialement est celui de Péred qui est, rappelons-le, l'IFSI privé Croix-Rouge. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser au regard du caractère privé de cet établissement, les étudiantes ayant reçu une éducation religieuse ne sont pas plus représentées qu'ailleurs. Le choix de l'établissement n'est d'ailleurs

statistiquement pas lié à cette variable⁶⁶. En outre, il ne s'agit pas non plus de l'IFSI qui accueille le plus de filles. Au contraire, il s'avère même que c'est dans cet IFSI que la part des hommes est la plus élevée (19,2 %). Ces derniers y sont largement surreprésentés. Il s'agit aussi de l'IFSI qui a le public le plus âgé (45,1 % des étudiantes ont plus de 22 ans) et qui accueille le plus d'aides-soignantes (16,1 % contre 12,9 % dans le département). Le recrutement social est plutôt intermédiaire au regard des autres IFSI du Département. Il s'agit du deuxième qui recrute le plus d'étudiantes venant d'un milieu de cadres et de l'un des deux qui a le moins d'étudiantes venant d'un ménage d'ouvriers. Dans cet établissement, les professions intermédiaires sont la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée chez les pères (25,4 %). Ces derniers sont un peu surreprésentés par rapport à la moyenne départementale (22,8 %). Les ménages d'employés, ouvriers et inactifs avec inactifs ou vivant seuls y sont surreprésentés (plus 6,9 points). Une autre caractéristique de cet établissement est d'avoir, beaucoup plus que les autres, des étudiantes dont la mère est sans activité professionnelle (7,8 % contre 4,1 % dans le reste du département) ou sans diplômes (5,7 % contre 3,4 % en moyenne). Comme pour l'origine sociale, le recrutement scolaire est plutôt moyen par rapport au profil départemental. Les bacheliers généraux représentent 58 % des effectifs, soit 15,7 points de moins qu'à Gravel, mais 4 points de plus que dans les autres IFSI. C'est également le deuxième IFSI du département qui recrute le plus de bacheliers généraux. Il est cependant celui qui a le plus d'étudiantes n'ayant pas eu de mention aux baccalauréats : c'est le cas de 45,1 % des étudiantes de Péred contre 37,7 % sur l'ensemble du territoire départemental.

Les deux autres IFSI du département sont ceux qui recrutent le public le plus faible scolairement et socialement. Celui de Chenier est celui qui a le public le plus jeune : 64 % des étudiantes ont moins de 22 ans, soit un écart de 2,9 points avec la moyenne départementale. C'est aussi celui qui accueille le public le plus populaire et le plus rural. Les ménages de cadres y sont sous-représentés (moins 5,5 points). À l'inverse, les pères appartenant aux professions d'ouvrier ou d'employé sont surreprésentés (plus 10,5 points) tout comme les mères de ces catégories (plus 3,1 points). Les étudiantes ayant au moins un parent agriculteur sont plus nombreuses qu'ailleurs (plus de 4 points d'écart avec la moyenne départementale). Enfin, les mères sont moins souvent diplômées de l'enseignement supérieur qu'ailleurs (21,8 % contre près du double dans le reste du département 37,3 %) et les pères chômeurs ou retraités y sont

⁶⁶ Un test du khi2 révèle que la relation entre le type d'établissement fréquenté et l'éducation religieuse reçue n'est pas significative. Quel que soit l'IFSI fréquenté, la part des étudiantes ayant reçu une éducation religieuse est comprise entre 37,8 % et 43,2 % et celle-ci se révèle dans 94,3 % des cas être une éducation catholique. Seules 3,2 % des étudiantes ont reçu une éducation musulmane et pour 1,1 % elle était protestante.

plus présents, respectivement plus 3,6 et 5,2 points. En termes de recrutement scolaire, l'IFSI de Chenier est assez similaire à celui de Lérins. Plus que dans les autres, les étudiantes ont redoublé. Elles sont un tiers dans ce cas. Elles sont également dans ces deux IFSI moins souvent issues de la filière générale, c'est le cas de seulement la moitié des étudiantes et elles ne sont en outre qu'un tiers environ à venir de la voie scientifique S. Les baccalauréats technologiques et professionnels sont surreprésentés. Les étudiantes issues d'un baccalauréat technologique représentent près d'un tiers du public de ces établissements, contre moins d'un quart dans l'ensemble du département et celles venant d'un baccalauréat professionnel plus de 8 % contre 7,7 %.

L'IFSI de Lérins qui a été étudié précédemment se trouve donc être le plus éloigné de l'élite sociale et scolaire, mais également le plus féminisé du département (*cf.* p. 77).

Une telle stratification interne entre les IFSI du département étudié offre ainsi un cadre élargi de compréhension de la formation des infirmières.

7. Des étudiantes familières du monde de la santé

Pour mieux appréhender l'orientation des étudiantes dans cette voie de l'enseignement supérieur, il est nécessaire de déborder la simple description de l'origine sociale et scolaire de ces étudiantes. L'enquête par questionnaire met en effet en évidence une familiarité antérieure certaine avec le monde de la santé et du soin.

Une part non négligeable des étudiantes déclare avoir travaillé dans ce domaine. Non seulement 12,9 % des étudiantes sont des aides-soignantes, mais elles sont plus largement un tiers à avoir travaillé dans le domaine de la santé, que ce soit lors d'un travail saisonnier ou dans le cadre d'un emploi.

Au-delà de ce rapport professionnel au monde de la santé, il s'avère que beaucoup déclarent connaître des personnes travaillant dans ce domaine.

Tableau 12 : Part des connaissances dans le monde de la santé (en %)

Proche	Ami	Parent	Fratrie	Connaissances	Conjoint	Autres	Aucun
57,8	43,7	29	11,8	1,2	0,4	0,1	13,6

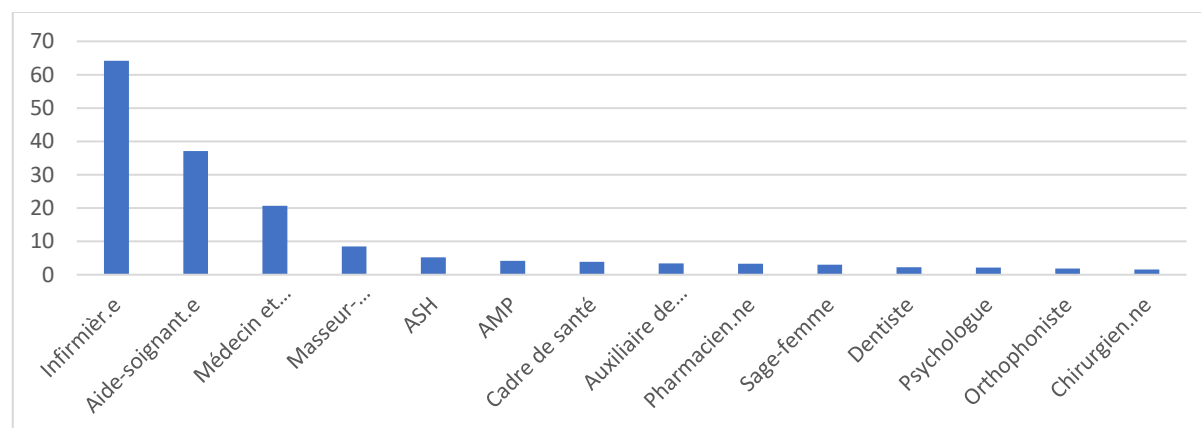
Source : Questionnaire administré en 2018 aux IFSI du Département.

Champs : Ensemble de 938 questionnaires administrés à l'ensemble des étudiantes en soins infirmiers du Département.

Note de lecture : Les étudiantes en soins infirmiers ligériennes sont 57,8 % à avoir un proche qui travaille dans le monde de la santé.

Les deux tiers d'entre elles (57,8 %) déclarent avoir un ou une proche dans le domaine sanitaire. Elles sont également nombreuses (43,7 %) à avoir un ami ou une amie dans ce cas. Plus d'un tiers ont un de leurs parents et 11,8 % un membre de la fratrie qui travaille dans le domaine sanitaire. Finalement, elles sont une grande majorité à côtoyer un travailleur ou une travailleuse du domaine sanitaire (86,4 %). Le plus souvent, une infirmière (63,9 %) ou une aide-soignante (37,1 %).

Graphique 17 : Types de métiers de la santé fréquentés par les étudiantes en soins infirmiers (en %)



Source : Questionnaire administré en 2018 aux IFSI du Département.

Champs : Ensemble de 938 questionnaires administrés à l'ensemble des étudiantes en soins infirmiers du Département.

Note de lecture : Les étudiantes en soins infirmiers sont 63,9 % à connaître un infirmier.

Une sur cinq connaît également un ou une médecin. Les autres professions de la santé sont fréquentées dans une moindre mesure : kinésithérapeutes (8,5 %) et agent de service hospitalier (ASH) (5,2 %). Certaines professions, notamment les plus prestigieuses et celles auxquelles on accède par un parcours long, sont très peu fréquentées. Seules 3,9 % connaissent un ou une cadre de santé, 3 % une sage-femme, 2,2 % un ou une dentiste et 1,6 % un chirurgien ou une chirurgienne.

Loin d'être un univers inconnu, le monde de la santé dans lequel les étudiantes en soins infirmiers s'engagent fait donc partie d'un champ qu'elles ont pour la plupart déjà approché indirectement par le biais de leur sociabilité.

Cette présentation de la formation et de son public étant dressée, tous les éléments sont maintenant réunis pour pouvoir décrypter la transmission des savoirs et la socialisation à laquelle les futures infirmières sont confrontées, mais aussi analyser les effets de cette dernière.

Plan de thèse

Dans la première partie, l'analyse se centre sur ce qui se passe à l'IFSI, l'institut d'enseignement, afin d'appréhender la transmission des savoirs, mais aussi de rendre compte de la socialisation générée au sein de cette partie de la formation des infirmières. Le premier chapitre analyse plus spécifiquement le cadre de cette institution. Il cherche à voir comment elle fonctionne, mais également à saisir la posture étudiante attendue et ses effets en termes de dispositions produites. Le deuxième chapitre revient sur les différents savoirs transmis pour rendre compte non seulement de leur nature, mais aussi de la manière dont ils sont présentés. Il est ainsi l'occasion d'appréhender ce qui est transmis aux futures infirmières, et notamment de voir quelle place est faite aux cultures scientifique et technique dans ce cursus. Le troisième chapitre offre une clé de compréhension des éléments précédemment mis au jour. L'exploration des perspectives institutionnelles qui y est conduite permet en effet de saisir les enjeux sous-tendant le cadre et la répartition des savoirs. Pour résumer, l'ensemble de cette partie est l'occasion d'appréhender les spécificités de la transmission des savoirs et de la socialisation professionnelle transmise aux futures infirmières à l'IFSI.

La deuxième partie de cette thèse complète une telle étude en analysant l'autre versant de la formation des infirmières : les stages en milieu professionnel. Elle est ainsi l'occasion de restituer la réalité du travail tel qu'il est transmis aujourd'hui aux étudiantes et de questionner l'unicité de la socialisation opérée dans l'ensemble de la formation des infirmières. Dans le quatrième chapitre, ce sont les différentes tâches des infirmières qui sont progressivement dépeintes pour donner à voir les différents savoirs mobilisés et les différentes dispositions induites lors de la mise en œuvre du travail infirmier. Dans le cinquième chapitre, la focale est portée sur le positionnement inculqué aux futures infirmières. Il s'agit notamment de questionner l'autonomie confiée à ces professionnelles. Ces deux chapitres sont l'occasion de rendre compte du façonnement de travailleuses singulières. Dans le sixième chapitre, dernier de cette deuxième partie, les divergences de fonctionnement des services et des lieux de stages sont détaillées ce qui permet de faire apparaître les spécificités des apprentissages de chaque lieu de stage et de compléter l'analyse de L. Girard (2018) qui vise à comprendre comment cette formation générale fabrique des professionnelles « en particulier », c'est-à-dire prêtes à s'investir dans un lieu de soin plutôt qu'un autre.

La troisième et dernière partie de cette thèse déploie une approche globale et relationnelle des savoirs transmis et des dispositions façonnées par la formation. L'appréhension de l'articulation, de l'agencement et de la confrontation des différents contenus permet dans le septième chapitre de questionner la permanence d'une socialisation genrée, dans le huitième chapitre les spécificités du *care* véhiculé, ainsi que dans le neuvième chapitre d'interroger le style de féminité produit. Des focales qui nous amènent à croiser tout au long de cette dernière partie, une approche en termes de genre et de classes sociales.

Première partie :

**L'IFSI, LIEU DE FORMATION
DE SCIENTIFIQUES DU CARE**

Dans un premier temps, cette thèse entend revenir sur la réalité actuelle de la formation en soins infirmiers pour questionner « les légendes »⁶⁷ (Darmon, 2013) autour de ce cursus et de cette activité professionnelle. L'enjeu est de voir si cette formation prépare toujours uniquement les étudiantes à devenir des infirmières exécutantes du médecin mettant en œuvre des dispositions supposées féminines ou si une telle vision, qui repose sur une réalité passée (Arborio & Divay, 2018), est aujourd'hui partielle et erronée. Cet objectif soulève plusieurs questionnements : Cette formation se cantonne-t-elle à la production de dispositions propres à la culture féminine catholique (Muel-Dreyfus, 1996) ? Transmet-elle uniquement un positionnement de subordonnées ?

En explorant cette formation en tant qu'institution d'enseignement, c'est-à-dire comme un appareil dont la mission unique ou principale est de former les individus, la présente partie répondra à ces questionnements. À l'instar de nombreux travaux de sociologie de l'éducation (Bourdieu, 1989 ; Darmon, 2013 ; Grignon, 1971 ; Millet, 2003 ; Muel-Dreyfus, 1983 ; Orange, 2013 ; Palheta, 2012), l'identification de la socialisation⁶⁸ produite est au cœur de l'analyse. Elle apportera un nouvel éclairage sur le champ de l'enseignement supérieur et permettra d'étoffer notre connaissance de la diversité des filières de l'enseignement supérieur. L'étude de cette formation professionnalisante permet en effet d'explorer « l'autre enseignement supérieur » (Orange, 2013), souvent délaissé dans les recherches qui rendent pour la plupart compte de la réalité du « sous-marché » de l'enseignement général (Convert, 2010), notamment de l'université (Becker, 1977 ; Bourdieu, 1989 ; Millet, 2003) et des classes préparatoires (Bourdieu, 1989 ; Darmon, 2013).

Dans cette perspective, il s'agit d'explorer finement la socialisation façonnée au cours de cette formation non seulement en décrivant et en analysant les cadres, les modalités, les temps et les effets de la transmission des savoirs⁶⁹ (Lahire, 2013), mais également en se penchant sur leurs « fonctions sociales » (Grignon, 1971 ; Saint-Martin, 1971). Les chapitres qui suivent s'intéressent à ce que cette formation transmet, c'est-à-dire au curriculum, mais

⁶⁷ Qualificatif employé par M. Darmon (2013) pour parler des représentations du sens commun sur les classes préparatoires.

⁶⁸ La socialisation est un processus d'apprentissage des manières d'être et d'agir qui se déroule tout au long de la vie. Elle permet l'intériorisation des normes et des valeurs. L'individu peut ainsi s'intégrer à son environnement social. La socialisation ne se limite pas au processus éducatif, c'est-à-dire aux pratiques conscientes et orientées des parents ou formatrices (Darmon, 2006). Elle est un processus continu et diffus, presque invisible qui est largement non-intentionnel.

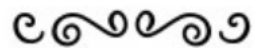
⁶⁹ Le terme savoirs est à comprendre dans cette thèse au sens large de connaissances et de « savoirs comportementaux » (P. Kergoat, 2001), c'est-à-dire autant des savoir-faire que des savoir-être.

donnent également à voir « la direction » impulsée par l'institution, moins dans la perspective d'une description que dans celle d'une compréhension des logiques sous-jacentes à la transmission des savoirs. En cherchant à restituer l'ensemble des relations sociales dans laquelle est prise cette formation, cette première partie se propose donc de saisir le point de vue de l'institution. Néanmoins, elle ne s'y cantonne pas puisque l'analyse de la socialisation opérée dans une institution est inséparable de celle de ses agents (Bouron & Souanef, 2012 ; Delsault, 1992 ; Muel-Dreyfus, 1983). Une attention particulière est donc portée aux étudiantes pour voir ce que ces dernières s'approprient et ce qu'elles font des savoirs transmis. En d'autres termes : qu'est-ce qui est transmis dans cette institution d'enseignement et dans quelles perspectives ? Quels savoirs sont enseignés ? Comment cette institution forme-t-elle ? Dans quel but ? Qu'est-ce que les étudiantes font de cette formation ?

Une telle étude montrera comment l'idéalisation philanthropique de la formation et de la profession est aujourd'hui fortement critiquée dans cette institution d'enseignement qui véhicule à l'inverse l'image d'une infirmière scientifique autonome et inculque des dispositions conformes à cette vision. Grâce à l'étude de la rhétorique institutionnelle et des situations d'apprentissage, cette analyse montre que loin d'assigner les femmes au soin, comme le font les formations d'aide à la personne en Grande-Bretagne (Skeggs, 2014) ou la filière professionnelle SAPAT (services aux personnes et aux territoires) en France (Depoilly, 2018), la formation en soins infirmiers invite les étudiantes à s'éloigner d'une culture féminine catholique (Muel-Dreyfus, 1996), c'est-à-dire rappelons-le à sortir d'une identité féminine traditionnelle centrée sur la famille et le dévouement aux autres. Ainsi, l'identification des perspectives institutionnelles, des enjeux sous-jacents et des leviers utilisés révèle que la formation incite plutôt les étudiantes à devenir des scientifiques du *care*, c'est-à-dire à mobiliser autant les cultures technique et scientifique qu'une éthique relationnelle, et ce dans le but que leur future activité professionnelle gagne en autonomie dans le champ de la santé.

L'ensemble de ces trois chapitres vise à montrer que le but de cette formation est de sortir les infirmières de leurs conditions : condition sociale, mais également assignation au soin et à une « idéalisation philanthropique » de l'activité professionnelle à laquelle elles sont formées (Charpin, 2014). En partant de l'analyse du cadre de cette formation, le premier chapitre permet de constater que les futures infirmières entretiennent aujourd'hui non seulement un positionnement de soumission aux contraintes extérieures, mais également l'autonomie, la responsabilisation qui les éloignent d'une position de subordination et d'exécutante. Le

deuxième chapitre complète une telle déconstruction de la représentation doxique de cette formation en explorant le contenu des savoirs transmis. Il révèle comment cette formation donne actuellement de l'importance aux cultures technique et scientifique et montre ainsi que l'intégralité des savoirs dispensés ne semble pas aboutir uniquement à la production de dispositions supposées féminines. Le dernier chapitre revient sur les enjeux de ce fonctionnement institutionnel et de cette distribution des savoirs pour en montrer les logiques sous-jacentes.



Chapitre I

Entre autonomie et contrainte, un cadre ambivalent

Selon les représentations communes qui portent une « idéalisation philanthropique » de cette activité professionnelle (Charpin, 2014), les infirmières occupent aujourd'hui une position plutôt subordonnée sur le marché du travail et plus précisément à l'égard des médecins. Elles sont souvent considérées comme des exécutantes de ces derniers et leur rôle est réduit à la réalisation des prescriptions et à l'application des décisions médicales. Une telle vision correspond à une réalité passée de cette activité professionnelle (*cf.* Introduction ; Arborio & Divay, 2018 ; Knibiehler, 1984) et se trouve entretenue par plusieurs recherches du début des années 2000 qui montrent que la formation prépare les futures infirmières à endosser une position dominée (Piret, 2004 ; Rick, 2008 ; Thouvenin, 2004). Ces travaux révèlent notamment le processus d'apprentissage d'une soumission en mettant en lumière le rôle des modalités d'intégration, d'incorporation et de reproduction des dispositions spécifiques à cette activité professionnelle.

Or, nous l'avons rapidement évoqué dans l'introduction, à partir de 2009 la formation connaît un mouvement d'universitarisation⁷⁰. Cette évolution engendre une modification du référentiel et un changement de paradigme (Charpin, 2014) ce qui invite à s'interroger sur la permanence de la transmission d'un tel positionnement subordonné. La formation en soins infirmiers entretient-elle toujours et seulement cette position d'exécutante ou la formation actuelle s'attache-t-elle au contraire à éloigner les futures étudiantes de ce positionnement ?

⁷⁰ Un rapprochement entre cette formation et l'université est amorcé depuis une dizaine d'années (Concepcion, 2016 ; Noël-Hureau, 2015 ; Rigot, 2018 ; Roby, 2012). En 2009, un arrêté relatif au diplôme d'État reconnaît au diplôme le grade licence, le nouveau programme d'études établi à cette occasion entérine alors un partenariat avec l'université et un fonctionnement en ECTS (crédits européens). L'universitarisation en cours dans cette formation correspond au sens que lui donne le rapport de l'IGAS de 2008 (Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales., 2008). Il s'agit en fait de l'introduction de la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD) à cette formation et d'un rapprochement entre le paramédical universitaire et non universitaire.

Pour répondre à un tel questionnement, ce chapitre s'intéresse au cadre, à la rhétorique et à la « stylistique institutionnelle » (Pierron, 2017), c'est-à-dire au fonctionnement, au discours et à la manière d'être spécifique que cette institution suggère à ses membres. À quel type d'études les infirmières sont-elles soumises ? Dans quel cadre leurs apprentissages se passent-ils ? Quel positionnement dans la hiérarchie professionnelle cette formation suggère-t-elle ? Il s'agit en ce début d'exploration de la formation des infirmières de chercher à saisir les logiques de fonctionnement de cette institution et d'en étudier les conséquences. Si les thèses (Barraud, 2013 ; Girard, 2018 ; Piret, 2004) et les études (Rick, 2008 ; Thouvenin, 2004) récentes portant sur ce cursus se sont plus attachées à restituer les effets de la socialisation que le cadre lui-même, le parti pris de ce chapitre est de considérer que la mise en lumière du fonctionnement institutionnel est un point nécessaire à la révélation de la socialisation à l'œuvre dans cette voie, c'est pourquoi une attention particulière y est accordée.

Avant d'entrer dans l'analyse du fonctionnement de la formation en soins infirmiers, rappelons ici brièvement les différents types d'institutions mis en évidence par les sociologues afin de pouvoir ensuite mieux identifier la nature de l'institution à laquelle sont confrontées les futures infirmières.

Le concept idéal typique « d'institution totale » est créé en 1968 par E. Goffman pour décrire le fonctionnement d'un hôpital psychiatrique. Ce terme est ensuite étendu aux hôpitaux, casernes, prisons, monastères, foyers fermés, et internat. Il sert à désigner des institutions qui prennent en charge l'ensemble des besoins de l'individu. Les lieux de travail, de loisirs et de vie privée y sont ainsi confondus. Ces « institutions totales » sont fermées, on ne peut en sortir librement. Elles instaurent une séparation stricte entre vie normale et vie de reclus. E. Goffman les décrit ainsi comme « *un lieu de résidence et de travail, où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées.* » (Goffman, 1968, p. 48). Néanmoins, ce sociologue souligne que leur emprise n'est jamais totale et que les « reclus » s'adaptent. Ils peuvent résister, s'écarter du rôle que l'institution leur assigne et mener une vie clandestine. Bien que ce concept permette de décrire différentes instances de socialisation, il n'est jamais mobilisé pour décrire des institutions d'enseignement fonctionnant sans internat et ne semble pas opérant pour le faire.

En revanche, la notion d'« institution disciplinaire » introduite en 1975 par M. Foucault sert parfois cette perspective. Ce concept, qui désigne également les usines, l'armée, l'hôpital, et la prison est utilisé pour évoquer des institutions où les individus sont placés dans un lieu

clos dans lequel chaque chose a sa place et sa fonction. Ce type d'institutions opère au travers d'injonctions et de sanctions normalisatrices. Il met en œuvre un contrôle de l'activité et une surveillance hiérarchique. En outre, il se caractérise par la mise en place d'un « point idéal » de la pénalité qui est une norme inaccessible que les membres doivent atteindre. Tout comme l'institution totale, il s'agit d'institutions contraignantes qui exercent un pouvoir sur les individus et qui fabriquent un type d'individus particuliers. *« Le pouvoir disciplinaire en effet est un pouvoir qui, au lieu de soutirer et de prélever, a pour fonction majeure de "dresser"; ou sans doute, de dresser pour mieux prélever et soutirer davantage. [...] La discipline "fabrique" des individus ; elle est la technique spécifique d'un pouvoir qui se donne les individus à la fois pour objets et pour instrument de son exercice. Ce n'est pas un pouvoir triomphant qui à partir de son propre excès peut se fier à sa surpuissance ; c'est un pouvoir modeste, soupçonneux, qui fonctionne sur le mode d'une économie calculée, mais permanente. »* (Foucault, 1975, p. 200). Ces institutions visent à disposer des individus en les dressant et en les agencant collectivement en un ensemble utile.

Plus récemment, c'est le concept « d'institution enveloppante », qui est mobilisé pour décrire une formation scolaire. M. Darmon (2013), emprunte ce terme à E. Durkheim (1938) pour parler des classes préparatoires (CPGE). Elle en donne la définition suivante : *« puissante, mais non totalitaire, violente, mais soucieuse du bien-être de ces membres, elle opère en individualisant à l'extrême plutôt qu'en homogénéisant »* (Darmon, 2013, p. 29). Cette expression permet ainsi de décrire une institution forte, mais non oppressante, qui est bienveillante à l'égard de ses membres et qui n'opère pas une homogénéisation de son public. *Cette définition opérante pour l'étude des classes préparatoires peut-elle être convoquée pour rendre compte de la réalité d'autres formations de l'enseignement supérieur comme celle des infirmières ?* On peut en effet se demander si la formation en soins infirmiers fonctionne sur un modèle similaire aux classes préparatoires. Il est possible de supposer que le fonctionnement des institutions d'enseignement est relativement singulier et que seul change le type de savoirs dispensés. Est-ce vraiment le cas ? La formation en soins infirmiers peut-elle être considérée comme une institution enveloppante ? Et surtout, cette formation fabrique-t-elle le même type d'individus que les institutions enveloppantes ? L'analyse qui suit va permettre d'éclairer ce point.

Plus précisément, ce chapitre porte sur le positionnement que cette formation cultive et montre que les étudiantes infirmières sont actuellement éloignées d'une position de subordonnée et d'exécutante, mais ne sont pas pour autant préparées à investir les postes les

plus hauts de la hiérarchie sur le marché du travail contrairement aux élèves des classes préparatoires (Darmon, 2013). Cette formation promeut l'autonomie et la responsabilisation des étudiantes tout en instaurant un cadre fort qui participe de l'apprentissage d'une soumission à la contrainte extérieure.

I. 1 Une institution encadrante

L'étude du cadre et des injonctions institutionnels montre en premier lieu que la formation en soins infirmiers entretient toujours actuellement un positionnement d'exécutante, en conformité avec l'image d'une infirmière assistante du médecin et à l'instar de ce que montrent plusieurs travaux portant sur le contenu de la formation des infirmières (Piret, 2004 ; Rick, 2008 ; Thouvenin, 2004). Les étudiantes sont confrontées à un cadre institutionnel fort et à une surveillance étroite qui entretient une position de soumission vis-vis de contraintes extérieures.

I.1.a Le façonnement d'étudiantes disciplinées

L'étude de l'organisation des programmes et l'analyse du fonctionnement de l'institution permettent en premier lieu d'entrevoir que cette formation s'avère particulièrement encadrante, notamment sur le plan du comportement. Contrairement à d'autres formations comme les classes préparatoires ou l'Université qui font appel à l'autocontrainte, cette institution impose son autorité de manière manifeste et extérieure, soumettant ainsi les étudiantes à un cadre rigide calqué sur le fonctionnement de l'enseignement secondaire.

Comparativement à d'autres formations, le temps scolaire imposé aux étudiantes est relativement lourd.

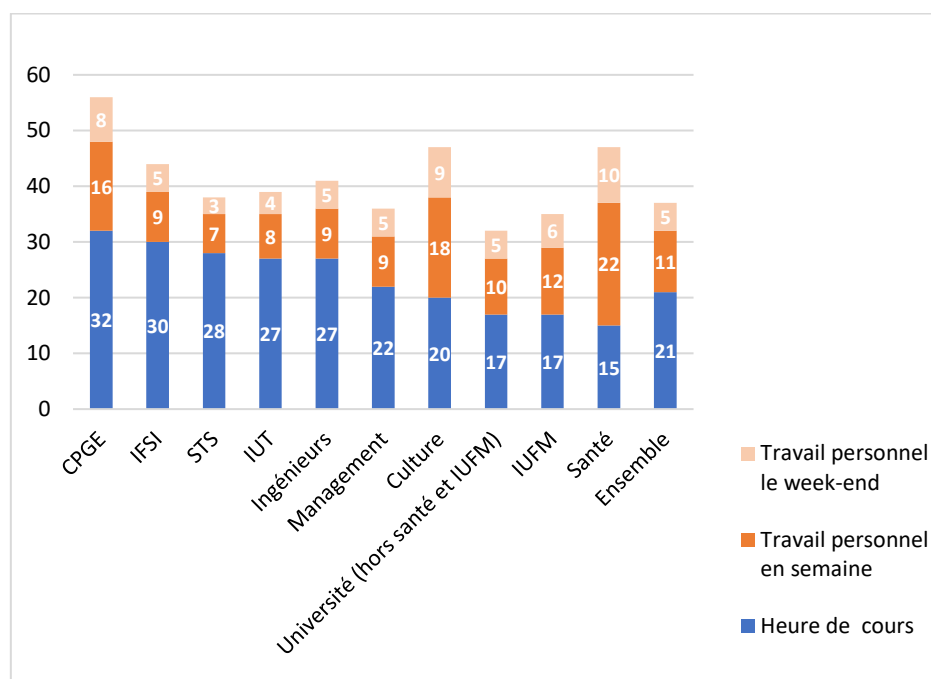
Le directeur explique qu'elles sont sur une base de formation professionnelle et qu'elles sont donc à 35h/semaine. Il rappelle les temps de présence obligatoire : « *De toute façon, que les cours soient obligatoires ou non, vous devez émarger.* » Il souligne qu'elles ont la responsabilité de l'émargement. Il précise ensuite que toutes celles qui sont financées doivent être présentes à l'ensemble des cours. Il leur explique qu'à Pôle Emploi toute absence d'une heure est comptée sept heures.

(Observation, temps de régulation autour du règlement intérieur, le 12/09/17)

Comme me l'explique le directeur de l'IFSI enquêté, les étudiantes doivent 35 heures hebdomadaires à l'institution et sont obligées de se rendre dans l'établissement pour s'acquitter de cette durée de travail, même si elles n'ont pas d'enseignements dispensés. Il s'agit de la formation du supérieur qui impose le plus d'heures de cours par semaine aux étudiantes après les classes préparatoires selon l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE)⁷¹.

⁷¹ Données issues de l'enquête Condition de vie étudiante 2010 menée par l'Observatoire national de la vie étudiante.

Graphique 18 : Durée de travail des étudiants et étudiantes en fonction du type de formation en 2010 (en %)



Source : Données issues de l'enquête Condition de vie étudiante 2010 menée par l'Observatoire national de la vie étudiante

Note de lecture : En 2010, les étudiantes en soins infirmiers consacraient 30 heures hebdomadaires aux cours, 9 heures au travail personnel et elles travaillaient 5 heures le week-end.

Parmi ces 35 heures dues à l'institution, les étudiantes ont 30 heures de cours selon les données de l'OVE, soit seulement deux de moins que les élèves des classes préparatoires.

Néanmoins, la formation en soins infirmiers s'avère moins exigeante pour les étudiantes en ce qui concerne le travail personnel. Au regard de l'ensemble des formations du supérieur, il s'agit de l'une des formations les moins exigeantes sur ce point. Alors qu'en moyenne les étudiants consacrent 16,6 heures à travail personnel par semaine, celles qui suivent la formation d'infirmière y passent 9 heures selon l'enquête Condition de vie étudiante menée en 2010 par l'Observatoire national de la vie étudiante. Une estimation que corrobore la passation des questionnaires aux étudiantes du département enquêté.

Tableau 13 : Estimation du temps de travail personnel hebdomadaire des étudiantes en soins infirmiers (en %)

Aucun	0,2
Moins de 2 h	4,5
Entre 2 et 5 h	20,1
Entre 5 et 7 h	22,1
Entre 8 et 10 h	7,8
Entre 10 et 15 h	26,3
Entre 15 et 20 h	11,3
Plus de 20 h	7,7

Sources : Questionnaires administrés en 2018 à 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers du département enquêté.

Note de lecture : Il y a 26,3 % des étudiantes qui consacrent entre 10 et 15 heures par semaine au travail scolaire.

En 2017, la situation n'a pas beaucoup évolué. Les étudiantes de ce département sont une majorité (81 %) à consacrer moins de 15 heures par semaine à leur travail personnel et elles y consacrent 9,2 heures en moyenne.

Comparativement à ce qui se passe dans les classes préparatoires, ce temps paraît faible puisque les élèves de ces voies y consacrent 24 heures hebdomadaires (week-end compris) contre 14 heures pour les étudiantes en soins infirmiers et suggère que les futures infirmières apprennent moins que leurs homologues l'autocontrainte et la dissolution des frontières entre travail et vie privée. Néanmoins, au regard d'autres formations qui assurent un temps de cours légèrement inférieur, ce temps n'est pas négligeable. Les autres filières ayant un peu moins d'heures de cours induisent un temps de travail personnel équivalent ou moindre. Les filières ingénieures et les Instituts universitaires de technologies (IUT) qui imposent 27 heures de cours, trois de moins que les IFSI, demandent un temps de travail personnel respectivement équivalent, voire moins long de trois heures que les IFSI. Les formations de techniciens supérieurs (STS), plus proches en termes de volume horaire de cours s'avèrent de leurs côtés beaucoup moins exigeants en matière de travail personnel. Les étudiants n'y consacrent que 10 heures, soit quatre de moins que les étudiantes en IFSI. Cette formation apparaît donc relativement pesante pour les étudiantes. Les IFSI, comme d'autres formations du supérieur, notamment les STS (Orange, 2013) et les IUT, reposent davantage sur l'imposition d'une contrainte externe et d'un fort encadrement des savoirs.

Le poids de l'institution se fait d'autant plus sentir que les règles imposées sont strictes en matière de discipline. Un fort cadrage comportemental est en vigueur. Ce dernier est présenté dès l'entrée dans la formation.

Anysa⁷² et Gwenaelle [les deux formatrices référentes des premières années] entrent dans la salle. [...] Elles font l'appel. Gwenaelle explique qu'au début de chaque séance, il y a une feuille d'émargement qui permet de justifier leur présence. Elle décrit ensuite le fonctionnement des cours. Elle rappelle que les horaires et les plannings sont affichés et insiste sur la ponctualité. Elle explique qu'à l'heure indiquée, le cours commence. Elle insiste sur le fait que les étudiantes ne pourront entrer dans la salle si la porte est fermée. Elle précise que dans ce cas-là, les étudiantes devront se rendre à l'accueil pour signaler leur retard et leur présence dans l'établissement. Elle parle ensuite des temps de pause et leur explique qu'il y a une salle de pause à leur disposition. Elle précise qu'il n'y a pas de cafés autorisés dans l'enceinte de l'établissement.

(Observation, 1^{er} jour de la semaine d'intégration, le 4/09/17)

⁷² J'ai fait le choix dans cette thèse d'utiliser le prénom des formatrices au même titre que celui des étudiantes. Un tel choix est motivé par la volonté de retranscrire au plus près la réalité de ce qui se passe au sein des IFSI. Dans l'IFSI enquêté, les formatrices demandaient effectivement à se faire appeler par leur prénom, y compris par leurs étudiantes. Il me semble que cela traduit une stylistique et un fonctionnement institutionnel important à restituer. L'ensemble des prénoms et des noms cités dans cette thèse ont fait l'objet de modifications dans le but de garantir l'anonymat des enquêtés et enquêtées.

Il s'agit du premier élément mis en avant. La présence et la ponctualité y apparaissent particulièrement importantes, nous y reviendrons plus en détail dans la troisième sous-partie. Comme le laisse entrevoir cet extrait d'observation, ces deux attitudes sont présentées comme centrales et sont structurantes du fonctionnement de l'institution. Lors de notre première entrevue, le directeur de l'IFSI enquêté a d'ailleurs insisté sur ces points pour caractériser la formation et la distinguer de l'Université.

Par ailleurs, il [le directeur] prend soin de me faire remarquer que l'enseignement qu'on dispense dans son établissement n'est pas le même qu'en faculté, qu'il est ici obligatoire d'assister à tous les cours.

(Observation, 1^{re} rencontre avec le directeur de l'IFSI, 1/09/16)

À l'instar des usages de l'enseignement secondaire, les étudiantes sont obligées de suivre l'intégralité de la formation et doivent attester de leur présence à chaque cours. Le référentiel de formation stipule que les travaux dirigés, les travaux pratiques ainsi que le travail personnel dirigé et les stages sont obligatoires, tout comme certains cours magistraux (Art. 28 de l'arrêté du 21 avril 2007). Le nombre d'absences tolérées est limité.

Anysa [formatrice] souligne qu'en cas d'absences, elles doivent prévenir le lieu de stage. Elle rappelle que pour valider le stage, il ne faut pas dépasser 20 % d'absences.

(Observation, politique de stages, 13/09/17)

Les étudiantes ne peuvent valider leur formation clinique si elles ne sont pas présentes sur 80 % de la durée de chaque stage et si elles ont plus de 10 % d'absences sur l'ensemble de leurs parcours de stages.

Cette forte présence imposée par le cadre législatif est d'autant plus entretenue que l'institution et les formatrices tendent à sanctionner toute absence, même celles qui font l'objet d'une justification.

Les filles qui sont derrière moi discutent au sujet d'une absence maladie. Flavia a été souffrante et ses deux amies la préviennent que dans le cadre du travail de groupe d'hier, elle risque d'être pénalisée malgré son certificat, car cela fait deux fois qu'elle est absente. [...] Je plaisante en disant qu'en tant qu'infirmière, elles n'ont pas le droit d'être malade. L'une d'entre elles déclare "*ils [les formatrices] nous formatent, c'est clair, ils nous formatent*". Quand je demande si cela arrive souvent qu'elles soient pénalisées pour arrêts maladie, elles me donnent l'exemple d'une fille qui n'a pas eu son UE parce qu'elle avait été malade plusieurs fois durant un travail de groupe.

(Observation, CM syndrome coronarien, 15/02/17)

Les étudiantes sont ainsi poussées à venir en cours ou en stage même si elles sont malades afin de ne pas mettre en péril leur formation. Au travers d'une telle contrainte, il est possible de lire un certain apprentissage d'une disponibilité à l'égard de l'institution qui préfigure la disponibilité à l'égard de leur travail qu'elles devront mettre en œuvre dans leur future activité professionnelle (cf. Chapitre V). Les étudiantes doivent apprendre à se plier aux injonctions de

l'institution de formation, quel que soit leur état de forme. Elles apprennent à ne pas tenir compte de leurs sensations et de leur fatigue.

En outre, derrière une telle injonction se joue aussi une mise au travail des étudiantes, une perspective d'autant plus efficiente qu'elle est accompagnée d'un certain nombre de règles concourant à faire de l'espace classe, un lieu réservé à l'étude. Ainsi les étudiantes ne peuvent pas apporter ni nourritures ni boissons chaudes au sein des salles. Les sorties pendant le temps de cours ne sont pas autorisées. La contrainte institutionnelle à laquelle sont soumises les étudiantes se révèle plus proche de celle du collège que du lycée.

D'ailleurs, cette institution du supérieur emprunte un certain nombre de modalités de fonctionnement à ces établissements du secondaire. Les étudiantes doivent par exemple remplir des tâches de « délégués » à tour de rôle, comme dans certains collèges ou lycées. Elles sont ainsi chargées de la mise en place du matériel, de la réquisition des notes manuscrites pour le cours, du livret d'absences...

16h38 : Il passe à la présentation des différentes responsabilités qui incombent aux étudiantes. Gwenaelle [formatrice] explique qu'en tant qu'étudiantes, elles ont des responsabilités. Elle souligne qu'elles ont un classeur qui fixe les responsabilités de l'année.

Deux étudiantes vont être **responsables du matériel informatique** pendant un semestre. Chaque matin, elles devront avoir mis en fonction le matériel et devront l'éteindre le soir. Tout doit être prêt à démarrer avant que l'intervenant ou l'intervenante n'arrive.

Deux **référentes « traçabilité des cours »**, chargées de prendre des notes sont désignées. Ces notes seront ensuite utilisées comme ressources par tout le monde. Un exemplaire est remis dans un classeur au CDR (Centre de documentation et de recherche) et une copie est à remettre dans la bannette d'Anyssa [formatrice]. Cette dernière explique que les prises de notes sont remises à la fin de la semaine. Elles sont consignées comme archives. Toutes les étudiantes doivent se positionner sur une semaine, sauf celles qui sont "responsables matériels informatiques".

Il y a **une responsabilité de l'émargement**. Un responsable par semaine chargé de prendre les feuilles d'émargement, de les faire tourner et de les retourner à la secrétaire. Gwenaelle souligne que c'est aussi une responsabilité individuelle d'aller chercher la feuille d'émargement si elles ne l'ont pas eue. Quelqu'un demande comment ça se passe en cas de travail de groupe. Gwenaelle précise que ça leur appartient de décider comment ils s'organisent. Un étudiant propose qu'une personne par groupe soit responsable. Gwenaelle explique que même en cas d'émargement non fait par l'ensemble des étudiantes, elles seront pénalisées.

Enfin, la **responsabilité de la gestion des salles** appartient à tout le monde. Chaque étudiant doit veiller à la propreté du tableau, au rangement des salles, à l'ouverture et à la fermeture des fenêtres et des volets, ainsi qu'à l'absence de matériel oublié.

(Observations, projet de formation, le 11/09/17)

De telles pratiques ne sont pas propres à l'IFSI enquêté. La passation des questionnaires a permis de constater qu'un contrôle des présences et qu'un système de responsabilités était mis en place dans les autres IFSI du département.

Une formatrice m'accompagne ensuite dans l'amphi où les étudiantes m'attendent. Elles sont 49 à être présentes. Il y a apparemment une absente. Un cahier de présence circule.

(Observation, passation des questionnaires aux premières années à Chenier, le 15/12/17)

Une fois ma présentation de l'enquête effectuée, je m'apprête à aller distribuer les questionnaires. La formatrice à mes côtés m'arrête. Elle appelle au micro les responsables. Certaines étudiantes se lèvent et viennent prendre les questionnaires pour un petit groupe. Comme à Lérins, il semble exister un système de responsabilités.

(Observation, passation des questionnaires aux premières années à Gravel, en 12/17)

Cette formation apparaît ainsi comme largement cadrée et encadrée. Elle impose aux étudiantes une discipline stricte et les soumet à une contrainte extérieure prégnante.

Or, nous allons le voir dans la sous-partie qui suit, ce cadrage comportemental strict est accompagné d'un cadrage cognitif important.

I.1.b Une pédagogie explicite

Cette formation dispense des apprentissages guidés afin que les étudiantes ne mécomprennent pas le contenu et la logique des savoirs dispensés. Un contrôle important de la réception des apprentissages est à l'œuvre attestant d'une visée homogénéisante de la formation. Les étudiantes sont ainsi invitées à se plier à l'institution et aux apprentissages.

Aucune marge d'appropriation des savoirs dispensés n'est laissée aux étudiantes. Les IFSI s'assurent dès le début de la « direction » (Becker, 1977) que les étudiantes vont donner à la formation dispensée. L'importance et le sens des différents contenus leur sont soulignés. Une explicitation de l'esprit dans lequel ont été pensés la formation et les savoirs est effectuée. Cette guidance des apprentissages s'opère non seulement par l'imposition d'une certaine connaissance et compréhension du référentiel de formation, mais également par la mise en œuvre d'une pédagogie explicite qui rend transparents les objectifs et les orientations du contenu transmis. Cette formation se révèle ainsi fortement « encadrante », dans le sens où elle dispense un enseignement référencé fortement appuyé sur le cadre institutionnel et législatif qui va venir façonner la lecture que les étudiantes ont de la formation reçue.

Les étudiantes sont amenées à avoir une connaissance fine du programme de leur formation. Les observations menées au sein d'un IFSI m'ont permis de voir que lors de ces études, la convocation du référentiel, le « Berger-Levrault », est constante. Ce dernier est d'ailleurs même parfois qualifié de « Bible ». Le directeur le présente ainsi lors de notre première entrevue et les formatrices usent elles aussi d'un tel parallèle lorsqu'elle le présente aux premières années.

16h38 : Romane et Gwenaëlle [deux formatrices] passent à la préparation des journées de jeudi et vendredi. Romane explique : « *Nous allons plonger dans notre bible, vous allez y faire un premier plongeon ce soir.* » Elle distribue les Berger-Levrault. Romane explique que pour demain, ils auront à regarder les 3 référentiels qui sont les référentiels d'activités, de compétences et de formations. Ils doivent les lire puis poser leurs questions et leurs interrogations sur le papier. [...]

Lou [une étudiante] demande s'il faut le ramener. Gwenaelle répond : « *C'est une bible. Il faut toujours, toujours l'avoir sur soi.* »

(Observation, 3^e jour de la semaine d'intégration, le 6/09/17)

Les formatrices invitent les étudiantes à « se plonger » dans ce texte, c'est-à-dire littéralement à y entrer rapidement et à y porter un regard attentif. La comparaison avec un texte sacré est filée tout au long de la formation, comme l'atteste ce cours dispensé à des deuxièmes années :

Diane [la formatrice] demande de rappeler les dix compétences : « *C'est comme quand vous récitez Je vous salue Marie* ». La salle rigole face à cette remarque, ce qui ne plaît pas à la formatrice : « *Ça ne me fait pas rire, ça m'agace sérieusement, on est en train de parler assez sérieusement de ce qui est constitutif de ma profession. C'est la profession que je défends et j'ai des étudiants en soins infirmiers en fin de deuxième année qui ne savent pas, qui ne connaissent pas le référentiel et ça ne me fait pas rigoler. À quel moment vous allez le connaître ? À quel moment vous allez-vous en saisir ? Pour exister, il nécessite et exige que les étudiants qui vont être diplômés portent cette discipline parce qu'autrement elle n'ira nulle part* ». Elle leur fait répéter les 10 compétences. On a une impression de récitation de la messe.

(Observation, CM Rôles infirmiers organisation du travail et interprofessionnalité, le 6/06/17)

Les étudiantes doivent connaître le référentiel en partie par cœur et sont invitées à l'avoir continuellement avec elles. Elles sont amenées à le réciter. Les dix compétences sont invoquées tels les dix commandements de la religion catholique et apparaissent comme des principes à intégrer. Dès le début de leur formation, les étudiantes doivent ainsi se familiariser avec la logique du programme. Lors de la semaine d'intégration, trois travaux dirigés y sont directement consacrés. Les formatrices qui introduisent la notion de « Bible » en le distribuant demandent aux premières années de l'étudier et de noter les questions qu'elles peuvent avoir dessus. Une consigne leur est donnée pour guider leur lecture « *qu'est-ce que cette lecture vous apprend de la formation et de la profession d'infirmier(ère) ?* » Non seulement il est attendu d'elles qu'elles prennent connaissance du programme, mais également qu'elles en comprennent le fonctionnement. Dans cette perspective, elles sont amenées à travailler par groupe afin d'en discuter par quart de promotion, puis une mise en commun en promotion entière est organisée. Cette séance est l'occasion pour les différents groupes de faire part des remarques qui leur ont été faites.

Gwenaelle [une formatrice] leur demande d'identifier les points de similitude entre les présentations. Pas de réponse de la salle. Athenais fait remarquer que les deux groupes ont fait une présentation par référentiels. Gwenaelle demande si ce qui a été dit correspond à ce qu'ils ont compris du référentiel. Samantha souligne que le premier groupe a abordé des points qui n'étaient pas dans les trois premiers référentiels. Un autre étudiant dit qu'il a été surpris par l'usage du terme « rôle prescrit » dans le second groupe. Il explique « *On s'est fait reprendre quand on a dit rôle prescrit* » Diane [une formatrice] le corrige : « *Ils ont été invités à voir où ils avaient trouvé rôle prescrit dans leur lecture.* » Elle glisse à l'oreille de l'étudiant en souriant : « *Il faut dire : invité, fortement conseillé* ». Brouhaha. Serena cherche dans le Berger-Levrault où ils ont lu ça. Elle ne le trouve pas et avoue que ce n'est pas écrit. Diane conclut : « *Donc il n'y a pas de rôle prescrit, on est d'accord ?* »

(Observation, 5^e jour de la semaine d'intégration, le 8/09/17)

Un tel dispositif⁷³ assure une compréhension homogène et fine des logiques du programme de la formation. Après avoir été confrontées aux remarques de leurs camarades par quart de promotion, puis à celles des formatrices qui les encadrent, elles ont ensuite les remarques du reste de la promotion et des autres formatrices. Les étudiantes passent ainsi une journée et demie sur les cinq jours de la semaine d'intégration à l'étude directe de ce référentiel et deux autres demi-journées à aborder des points que traite directement le référentiel. Le temps passé à l'étude de ce programme et le nombre important de contrôles sur sa compréhension (deux temps de reprises) en début de formation témoignent ainsi du poids qui lui est accordé et du souci institutionnel de limiter toute mécompréhension de la formation qui va être dispensée.

Cette prise de connaissance du référentiel ne se limite pas à une explicitation en début de cursus du contenu et des grands principes de la formation. La référence au programme est ensuite constante tout au long de la formation. Chaque nouvel enseignement débute par une contextualisation qui introduit le cours dispensé dans la logique du référentiel et qui expose les compétences mobilisées.

Patricia [la formatrice] commence par présenter le contenu de cet enseignement [initiation à la recherche]. Elle précise qu'il s'agit d'un dispositif pluriannuel qui débute dès la semaine d'intégration. [...] Patricia fait ensuite référence au « Berger Levrault » pour présenter la manière dont l'équipe pédagogique va les accompagner. Elle souligne qu'il s'agit de la compétence 8 [...] Patricia fait constamment référence à la semaine d'intégration et à d'autres enseignements qu'elle nomme par des chiffres. Au tableau est projeté un diaporama rappelant les prérequis et les UE que cette compétence comprend. Patricia insiste sur le fait qu'il s'agit d'une « compétence transversale ».

(Observation, CM Initiation à la recherche, le 7/02/17)

Présentation TP. 13h40 : Les étudiantes sont rassemblées autour des paillasses. Gwladys [la formatrice] commence par leur demander l'UE dans laquelle elles se trouvent. L'ensemble des étudiantes présentes répond « 4.4 ». Gwladys les invite à donner des précisions en lançant : « le référentiel ! » Les étudiantes donnent alors l'intitulé exact du TP puis quelqu'un souligne que c'est en lien avec la compétence « 4 ». Gwladys demande de préciser ce que c'est. Jacqueline répond. Gwladys rappelle ensuite le mode d'évaluation puis l'enjeu de ce TP : « Et donc là, vous allez voir comment mettre en œuvre une prescription médicale ».

(Observations, TP Perfusion, le 31/03/17)

Les formatrices de l'IFSI précisent en début de séance dans quelle unité est placé l'enseignement dispensé, quels prérequis sont à mobiliser et quelles compétences vont être développées. Un tel cadrage participe d'une pédagogie explicite qui se fait de manière codée. Au lieu d'explicitement oralement ces différents éléments, les formatrices y font référence via la

⁷³ Dans cette thèse, le terme « dispositif » a été retenu pour désigner l'ensemble des pratiques, discursives ou non, qui orientent les individus dans une direction dans la lignée des travaux de B. Lahire (2005). Cette notion sous-tend l'idée que les pratiques mises en œuvre dessinent en creux les contours de l'étudiante idéale et invite à regarder de plus près les pratiques sociales. En outre, comme le souligne H. Dürlér (2015), une telle notion permet de penser les rapports entre les objectifs de l'institution et l'appropriation par les étudiantes de ces visées.

codification en vigueur dans le programme, c'est-à-dire sous forme de chiffres que les étudiantes doivent parfaitement maîtriser pour comprendre de quoi il retourne. L'adoption d'une telle pédagogie explicite et d'un enseignement balisé de référents participe à la « *transparence* », à l'« *objectivation* » et à la « *publicisation* » des apprentissages (Lahire, 2001). Cette modalité de transmission et ce lien constant au référentiel, qui fonctionnent comme un rappel à la loi, permettent de limiter les libertés d'interprétation et de transmission du contenu des enseignements. Les étudiantes sont guidées sur ce qui est attendu d'elles et sur ce qu'elles doivent comprendre.

Ce cadrage pédagogique est également mis en œuvre par un fonctionnement singulier de certains cours qui sont dispensés par deux formatrices en même temps.

11h09 : Le cours débute. Il est dispensé par Gwenaëlle et Hugo [deux formateurs] dans l'amphithéâtre. C'est Gwenaëlle qui prend la parole en premier. Elle commence par présenter le cadre du cours et ses focus. Elle rappelle qu'il s'insère dans le cadre de l'« UE 4,6 » puis explicite les enseignements à venir [...] Elle souligne qu'ils sont en train de développer les « compétences 5 et 9 ».

(Observation CM éducation thérapeutique, le 14/02/17)

Ce fonctionnement collectif peut être perçu comme un moyen de contrôle des cours dispensés par le biais d'une régulation mutuelle entre formatrices. Chaque enseignante se trouve ainsi placée sous le regard de sa collègue. Un tel dispositif permet d'harmoniser les enseignements et favorise le travail d'équipe entre formatrices, mais il participe aussi à limiter les libertés pédagogiques et celles relatives à la transmission du contenu de l'enseignement.

Ces différents éléments assurent l'homogénéisation des manières d'enseigner et de recevoir l'enseignement. Un tel cadrage participe à la fabrication d'un esprit d'intégration des directives fixées par un cadre extérieur (ici le programme). Les étudiantes apprennent d'autant plus à se plier à ce cadre extérieur qu'un système de surveillance multiple est imposé.

I.1.c Une surveillance patente

Cet encadrement des comportements et de l'apprentissage s'accompagne d'un système fort de sanctions et de surveillance destiné à veiller au bon déroulement de la formation.

Tout d'abord, comme nous l'avons déjà rapidement évoqué, un suivi des présences et des absences est à l'œuvre. L'obligation de présence, que l'on retrouve également dans les classes préparatoires ou les STS, est dans cette formation accompagnée d'un contrôle strict et extrêmement formalisé. Contrairement aux classes préparatoires qui cultivent l'autocontrainte, les étudiantes en soins infirmiers sont soumises à un système de surveillance qui ne laisse place

à aucune souplesse. Une feuille de présence circule à chaque cours et un appel est mis en place au début des travaux pratiques (TP).

Les étudiantes entrent dans la salle quand Michèle [la formatrice] arrive. Elle leur demande de sortir les chaises du placard. Elles les disposent en cercle à l'entrée. Michèle commence par compter les étudiantes. Elle demande pourquoi elles sont aussi peu nombreuses.

(Observation, TP transfusion sanguine, 16 février 2017)

Patricia [formatrice] insiste sur le fait qu'une première étape de la recherche consiste à avoir une connaissance de la discipline à ce jour. Pendant qu'elle dispense son cours, une feuille de présence circule.

(Observation, CM initiation à la recherche, 7-8 février 2017)

Un dispositif d'émargement est également présent à l'accueil de l'établissement afin que chaque personne signale sa présence à l'entrée et à la sortie de l'IFSI. Ainsi, comme leurs journées sont le plus souvent composées de trois ou quatre enseignements différents, elles sont amenées à signer près de cinq fois par jour.

La règle de la ponctualité est également assortie d'un système de surveillance contraignant. Si les étudiantes sont en retard, elles doivent aller se signaler à l'administration. Chaque absence ou retard doit être justifié en amont ou en aval sous peine de sanctions. Les absences et retards sont répertoriés et les étudiantes ne peuvent entrer de nouveau en cours sans les avoir justifiés auprès de l'institution. Ce contrôle strict de la présence et de la ponctualité ne se fait pas uniquement à l'IFSI. Les stages suivis tout au long de la formation sont soumis aux mêmes règles. Il y a donc un réel dispositif de surveillance administratif des conduites.

Cette surveillance ne s'impose pas uniquement sur les temps où des professionnelles de formation sont présentes, il s'avère également effectif en leur absence. Lors des travaux de groupes qui se déroulent le plus souvent en autonomie, les étudiantes doivent rendre compte de leur démarche de manière détaillée sur des feuilles qui sont ensuite restituées aux formatrices :

9h17 : Angélique remplit à haute voix une feuille de traçabilité qui doit rendre compte de ce qu'elles ont fait et de la manière dont elles s'organisent.

(Observation Travail de groupe Situation de soin, 14/02/17)

L'institution est dotée d'un fort système de traçabilité. Ce contrôle a aussi cours lors de leur stage. Les étudiantes se voient distribuer un dossier, appelé portfolio (*cf.* Annexe 4, p. 524), qui les suit sur l'ensemble des trois ans de formation et qui « sert à mesurer la progression de l'étudiant en stage. »⁷⁴. Les étudiantes doivent le remplir en commentant leurs aptitudes. Ce

⁷⁴ Référentiel de formation, p.55. Le portfolio est un outil individuel qui suit l'étudiant tout au long de sa formation. Il contient les objectifs de stages, les analyses de pratiques, les compétences et actes de soins validés au cours des différents stages, les évaluations et les bilans. Il est également constitué du référentiel d'activité et de compétence.

portfolio contient également les appréciations générales des tutrices ainsi que leurs évaluations de l'acquisition des différentes compétences. Il sert d'outil de communication et de relais entre formatrices, institution et tutrices de stage, il participe ainsi fortement à ce processus de surveillance.

« Ça permet aussi au tuteur de voir quels cours il a eus par exemple, là où il est en avance, là où il est en retard. Enfin, c'est vraiment l'outil de l'étudiant, mais qui nous sert à nous pour notre suivi pédagogique et qui sert aux tuteurs aussi pour adapter euh, son tutorat à la réalité de l'étudiant. Donc là, il voit les UE qui ont été enseignées, le stage où il est passé, tout ce qu'il a appris. »

(Entretien avec Eugène, formateur à l'IFSI, 09/16)

Comme le souligne ce formateur, cet outil mobilisé dans d'autres formations professionnalisantes permet de garder une trace du parcours de formation de l'étudiante. Il permet d'avoir une vision des évolutions des acquis de l'étudiante ainsi que de ses besoins et de ses réalisations. Il s'apparente ainsi à un « livret ouvrier » de l'infirmière, à la fois utile pour gérer et garder une trace de la circulation des étudiantes, il est aussi utilisé comme dispositif individuel de surveillance.

Ce système de surveillance est en effet étroitement lié à un système de suivi individualisé qui vient appuyer le contrôle des étudiantes. Le directeur de l'IFSI enquêté met en avant cette dimension lors de notre première rencontre, en insistant une fois encore sur la différence entre l'enseignement dispensé dans son établissement et au sein du système universitaire.

Le directeur met également en avant l'existence d'un suivi personnalisé hebdomadaire. Les étudiantes ont des plages horaires dédiées à ces suivis. Il me montrera d'ailleurs un cours de ce type lorsque nous chercherons une enseignante coordinatrice pour que je prenne contact avec elle avant la semaine d'intégration. Il paraît soucieux de me dire qu'une enseignante s'occupe seulement de cinq-six étudiantes.

(Observation, 1^{re} rencontre avec le directeur, le 1/09/16)

Comme dans les classes préparatoires, cette formation propose un fort taux d'encadrement, c'est-à-dire que le nombre d'adultes par étudiant est important. D'ailleurs, les formatrices insistent, elles aussi, sur ce point auprès des étudiantes :

Gwenaëlle [formatrice] revient sur les dispositifs d'accompagnement : les « TAE individuel et collectif ». Elle explique que dans les TAE individuels, la formatrice a pour objectif « *d'évaluer la progression de vos apprentissages* ». Elle explique qu'il y aura une formatrice référente qui les suivra tout au long des trois ans. En outre, au retour de stage, il y a un temps « vécu de stages » où elles peuvent verbaliser leur pratique. Anyssa et Gwenaëlle les invitent à venir les solliciter,

Ce portfolio est rempli par l'étudiant au cours de l'entretien de fin de stage avec le tuteur et il est transmis aux formatrices lors des suivis pédagogiques.

les voir dans leur bureau. Anyssa leur indique qu'il y a aussi des « TPG » qui sont des temps collectifs.

(Observation, présentation du projet de formation, le 11/09/17)

Les étudiantes se voient attribuer une « formatrice responsable de leur suivi pédagogique »⁷⁵. Cette dernière est une cadre de santé de l'IFSI. Chaque semestre, *a minima*, l'étudiante réalise avec elle un entretien pour faire un bilan de ses acquis. Selon le référentiel, cette formatrice a un rôle de « conseillère » et de « guide » auprès de l'étudiante.

En stages, ce suivi individualisé est assuré par les « maîtresses de stage », la « tutrice », « les professionnelles de proximité » ainsi que par la « formatrice référente » désignée à l'IFSI pour chaque stage. D'après le référentiel, la maîtresse de stage est responsable de l'organisation et du suivi de l'encadrement de l'étudiante. C'est le plus souvent une cadre de santé qui représente ainsi la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Elle accueille et intègre la stagiaire dans le service. L'étudiante est également mise en lien avec sa tutrice qui est responsable de son encadrement pédagogique sur le lieu de stage. Cette tutrice effectue avec elle un entretien d'accueil pour évaluer ses acquis et discuter de ses objectifs en s'appuyant sur son portfolio. Cette tutrice est également chargée de l'évaluation des compétences acquises au cours du stage. C'est elle qui remplit théoriquement les bilans de milieu et de fin de stage en complétant la grille d'évaluation du portfolio. Enfin, l'étudiante est encadrée par des « professionnelles de proximité » qui assurent le suivi et la formation lors des stages. Ce sont les infirmières que les étudiantes suivent en stage. Ces dernières organisent les activités d'apprentissage, elles expliquent les risques et veillent à la réalisation des bonnes pratiques. Une « formatrice référente » à l'IFSI assure le suivi de l'étudiante dans son parcours et la coordination avec les établissements de soins dans lesquels les étudiantes se rendent. On observe une démultiplication de l'encadrement personnalisé. Les étudiantes se trouvent ainsi observées et évaluées dans tous les temps de leur formation.

Le suivi de l'étudiante est consigné dans le portfolio qui permet d'assurer le « suivi de proximité » dont se réclame l'institution. Grâce à ce dernier et au temps de rencontres individuelles prévues par le référentiel, les étudiantes peuvent être suivies de manière personnalisée.

Après leurs stages, des temps sont prévus pour que les étudiantes discutent avec leur formatrice référente de points évoqués sur leurs portfolios : de leurs difficultés, de leurs acquis, mais ils sont aussi l'occasion d'améliorer leurs pratiques en prenant du recul sur ce qu'elles

⁷⁵ Dans les paragraphes qui suivent, les termes entre guillemets reprennent les qualificatifs employés dans le référentiel de formation pour désigner les différents acteurs de l'encadrement de l'étudiante.

font, notamment à partir de leurs analyses de pratiques. Cet extrait d'un de ces temps avec une étudiante de deuxième année traduit bien l'état d'esprit d'accompagnement et de suivi des temps individuels :

« **Donc vous avez fini le stage un petit peu tendu.**

- [rire gêné de l'étudiante].
- **Vous avez douté, mais sans le signifier. Et moi, je vous ai vue en stage. C'était avant ou c'était après ?**
- C'était après.
- **C'était après, mais par contre on n'est pas revenues sur ce point-là quand je suis venue.**
- Sur ?
- **Sur cet.. Sur votre... Sur cet état-là.**

[...]

- [rire] non, mais je me suis dit que c'était peut-être moi qui étais trop sensible ou trop stressée, je ne sais pas.
- **Ouais, alors... Et de ça, qu'est-ce que vous faites ?**
- Ben j'y travaille... [rire]
- **Ouais, et alors, vous avez identifié ce qu'il faut que vous fassiez ?**
- Ouais, bah là j'étais stressée parce que j'avais pas les connaissances.
- **Ouais, et puis ? Deuxième chose ?**
- [silence]
- **Que vous avez dit ?**
- J'en ai pas parlé.
- **[approbation] Ouais. Et moi, de mon côté pour, comment dire, les problématiques de stages elles viennent parce que c'est vraiment des problématiques communicationnelles.**

[...]

- **Bien, alors qu'est-ce que vous avez appris ? Qu'est-ce que vous avez appris de ces dix semaines ?**
- Bah un peu du rein quand même [...] Ben je dirais sur la prise en charge des patients... Ben le fait qu'elles m'aient...que ce se soit passé comme ça. Ben c'est vrai que du coup, elles m'ont poussée à faire les liens.

[...]

- **Et donc vous avez réussi à vous occuper de combien de patients ?**
- Quatre. J'ai eu cinq une fois parce qu'il y avait une sortie, mais j'ai eu quatre sinon.
- **Alors une synthèse argumentée c'est quoi ? Ça sert à quoi et ça représente quoi ?**
- Ben ça explique la situation du patient.
- **Ouais, dans quel objectif ? ça correspond à quoi dans notre pratique professionnelle ?**
- Aux transmissions orales.

[...]

- **Oui, voilà, c'est pas la transmission de tous les jours. [...] Alors est-ce que vous pensez que vous allez donner ces informations-là, dans cet ordre-là à une infirmière qui ne connaît pas le patient ?**
- [silence]
- **Si je vous pose la question comme ça, c'est que vous vous doutez que non.**
- Oui [rire]
- **Comment vous faites ?**
- Au niveau de la présentation ?
- **Voilà. Je suis l'infirmière qui va vous relayer auprès des patients, je les connais pas parce que je reviens de vacances, de quatre jours de vacances, allez d'un mois [rire]. Présentez-moi monsieur G, âgé de 77 ans. [...] »**

(Observation d'un TAE avec Louise, étudiante de deuxième année, le 09/06/17)

Il s'agit pour les formatrices de discuter avec les étudiantes de leur vécu, mais aussi de l'évaluation des tutrices de stages, des gestes professionnels évoqués. Les TAE prennent la

forme d'une discussion plus que d'un bilan. Les formatrices amènent les étudiantes à se rendre compte de leurs manques et de leurs erreurs, mais aussi de leurs apprentissages. Comme le laisse entrevoir cet extrait, les formatrices ne laissent pas de répit aux étudiantes. Elles sont dans une relance perpétuelle qui traduit l'attention avec laquelle l'institution s'attache à prendre en considération les difficultés de ses membres. Ces suivis peuvent être appréhendés comme un levier supplémentaire dont se dote cette dernière pour contrôler la bonne réception des apprentissages. Comme le constatait M. Darmon (2013) dans sa description des classes préparatoires, la formation en soins infirmiers procède à un « processus d'individualisation » au sens de M. Foucault (1975). Elle met en œuvre une analyse individualisée et détaillée des forces et des faiblesses de chacun tout en rappelant sans cesse ce que les étudiantes doivent acquérir. Contrairement à ce qui se joue à l'Université (Beaud, 1997 ; Millet, 2003), le parcours de formation des étudiantes est scruté et le moindre décrochage est relevé. Les dispositifs existants au sein de cette institution d'enseignement permettent d'attester a priori d'un intérêt accordé par l'institution au bien-être affiché de ses membres (Darmon, 2013).

La formation apparaît ainsi fortement encadrante vis-à-vis des étudiantes. Les IFSI et les formatrices se montrent très présents. L'organisation, l'enseignement référencé, la surveillance étroite et le système de suivi mis en place instaurent une logique contraignante. Cette « stylistique institutionnelle » (Pierron, 2017) participe à l'entretien d'une soumission à la contrainte extérieure qui confirme les conclusions des enquêtes qui ont montré que cette formation inculquait une position de soumission, allant ainsi dans le sens d'une vision persistante de l'infirmière subordonnée des médecins. La socialisation institutionnelle serait une socialisation anticipatrice du rôle d'exécutante que les étudiantes vont devoir endosser sur le marché de l'emploi.

Néanmoins, s'en tenir à cette dimension du fonctionnement institutionnel revient à occulter une autre dimension tout aussi prégnante dans l'institution. Aussi paradoxale que cela puisse paraître, cette institution prône dans le même temps l'autonomie et la responsabilisation des étudiantes.

I. 2 Des injonctions institutionnelles fortes : autonomie et responsabilité

Actuellement, cette formation fait de ces compétences deux éléments centraux. Non seulement l'autonomie et la responsabilité s'avèrent valorisées dans le discours institutionnel, mais elles sont aussi cultivées tout au long de la formation.

I.2.a Autonomie et responsabilité : deux principes socialisateurs

Autonomie et responsabilité sont aujourd'hui des « principes socialisateurs » (Herman, 2007) de cette formation. Elles sont en effet constituées à la fois en objet et en support de la socialisation des futures infirmières. Ce sont autant des buts que des moyens utilisés pour transmettre aux étudiantes les attitudes et aptitudes à développer pour devenir infirmières.

L'étude du modèle d'apprentissage mis en œuvre dans ce cursus permet notamment de prendre conscience de ces aspects. Comme d'autres formations du supérieur, les études en soins infirmiers adoptent en effet un principe d'alternance entre lieux de stage et institut de formation (IFSI), les allers-retours entre ces différents espaces sont réguliers. Ce type d'organisation, autrefois caractéristique des formations professionnelles, tend aujourd'hui à gagner l'Université et d'autres formations professionnalisantes de niveau 5 et 6 (Iori, 2018 ; Laval et al., 2011 ; Pentecouteau, 2012 ; Qribi, 2008). L'émergence d'un tel fonctionnement s'est imposée dans un contexte particulier d'effondrement d'une partie de l'industrie, de tendance croissante à l'individualisation, de remise en cause des identités professionnelles traditionnelles, etc. Il est apparu comme une réponse scolaire aux nouvelles conditions économiques et aux modifications de l'organisation du travail (Laval et al., 2011). Ce modèle de l'alternance va de pair avec l'introduction d'un nouveau paradigme de formation de la main-d'œuvre qui s'est imposé dans les années 80, celui du modèle de la « professionnalisation » qui traduit un rapprochement de la sphère éducative et de la sphère professionnelle. Le principe de l'alternance est systématiquement pensé de manière « juxtapositive », ce qui signifie qu'on accorde à l'institut de formation le rôle de transmission des savoirs et aux lieux de stages celui de l'application ou de la découverte. Pourtant, il s'avère que l'articulation entre les deux n'a pas de sens *a priori* et que l'organisation ne répond pas forcément à cette logique. D'ailleurs, la formation en soins infirmiers se réclame d'un autre schéma d'alternance, « l'alternance intégrative » qui appréhende les deux espaces comme des lieux de formation, c'est-à-dire des lieux d'acquisition et d'intégration de nouveaux savoirs (Bachelard, 1994 ; Jorro, 2007 ; Malglaive, 1990 ; Perrenoud, 2001).

« Chaque expérience, chaque situation de soin vont être des situations apprenantes [...] »

(Discours tenu par Gwenaëlle, formatrice, lors de la présentation de la compétence 3, le 12/09/20)

Selon cette conception, les deux espaces sont en interaction l'un avec l'autre pour transmettre le savoir aux étudiantes. Les formatrices insistent fortement sur cette dimension. Lors de la présentation de ma recherche à l'ensemble de l'équipe pédagogique, il m'a d'ailleurs été reproché de n'envisager des observations qu'au sein de l'IFSI. Les formatrices étaient toutes d'accord pour me dire que mon enquête manquerait une partie de la formation si je ne me rendais pas en stage. Lors d'un entretien avec un formateur, l'importance du rôle des stages m'a été rappelée :

« Puisque vous parlez des stages, donc c'est une donnée hyper importante de la formation puisque vous entendrez parler probablement dans les attendus au départ de, d' "alternance intégrative". On parle beaucoup d'intégration dans cette formation et "l'alternance intégrative" c'est que, en fait, les deux lieux, c'est-à-dire de la formation qu'elle soit ici ou sur le terrain, sont tout aussi importants. Il n'y a pas un lieu qui est primordial, prioritaire dans les apprentissages. »

(Entretien avec Eugène, formateur à l'IFSI, en 09/16)

Ce dernier a insisté sur l'absence de hiérarchisation entre les deux espaces de formation et a souligné le poids non négligeable des stages dans le processus d'apprentissage. Cette approche accorde une importance égale à la formation des infirmières en stages et en IFSI.

Un tel fonctionnement pédagogique a pour but de placer les étudiantes en position active dans l'apprentissage. Selon P. Bachelard (1994) cette forme d'alternance implique « *réellement l'apprenant [...] en liant l'action et la réflexion sur le pourquoi et le comment* » (p. 50). Elle place les futures infirmières au cœur du dispositif de formation. Les formatrices de l'IFSI observé l'expliquent d'ailleurs aux nouvelles arrivantes :

Anyssa [formatrice] insiste sur le fait que la position de l'étudiante n'est plus celle de l'élève. C'est à elles « *d'aller chercher* » et « *d'approfondir les connaissances* ».

(Observation, présentation du projet de formation, le 11/09/17)

Si cette formation instaure un cadre similaire à celui de l'enseignement secondaire, les attendus en termes de travail se veulent distincts. Cette rupture d'exigences avec l'enseignement secondaire est établie d'emblée par les formatrices qui mettent en avant que le fonctionnement de la formation que les étudiantes intègrent suppose qu'elles soient plus actives dans leurs apprentissages.

Eugène [formateur] leur explique que les différentes formes de cours leur permettent d'être dans différentes logiques de formation. « *Ce qu'il faut retenir, c'est que dans la formation, on naviguera sans cesse à travers ces trois domaines.*⁷⁶ » Si le « modèle de l'affranchissement » est rarement

⁷⁶ « Le formateur présente également les deux autres modèles en ces termes. Il précise que Gilles Ferry parle de "l'apprentissage charismatique" et souligne qu'il s'agit du modèle mis en place par les professeurs et professeurs de l'Université. Ce modèle est présenté comme focaliser sur des contenus stabilisés et considérés comme rayonnants. Il insiste sur le fait qu'il envisage la pratique comme une application de la théorie. [...] Il présente ensuite "l'ajustage" qu'il dit centré sur l'étudiante. Dans ce modèle, celui qui forme n'est plus centré sur le savoir, mais sur l'élève. La pratique et la théorie sont placées sur le même plan. Selon ce formateur, ce modèle met

utilisé, certains cours seront donnés dans un « modèle charismatique » qui correspond à celui de l'Université selon lui. Néanmoins, il précise qu'elles se retrouveront le plus souvent confrontées à une « logique d'ajustement ». [...] Il présente ensuite « l'ajustage » qu'il dit centré sur l'étudiante. Dans ce modèle, le formateur n'est plus centré sur le savoir, mais sur l'élève, « pratique » et « théorie » sont placées sur le même plan. Un tel modèle met l'étudiante en position « d'actrice ».

(Observation, cours sur les méthodes de travail, le 28/09/17)

Les formatrices explicitent à l'intention de leurs étudiantes la logique pédagogique de la formation dans laquelle elles entrent. Elles leur expliquent que cette formation se réclame principalement d'une « logique de l'ajustement » qui suppose qu'elles s'impliquent dans leur formation. Il leur est demandé de ne pas se placer dans une posture de réception passive, mais d'aller au contraire chercher le savoir pour se l'approprier et le construire. Lors d'une passation de questionnaires à l'IFSI de Chenier une citation de B. Franklin inscrite au tableau rappelle cette injonction : « *Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends.* » Dans cette formation, l'apprentissage est considéré comme ne pouvant être effectif que si les étudiantes s'engagent dans leur formation. Ainsi, cette formation cultive l'idéal de l'étudiante « autonome », si on considère que l'autonomie est « *un procédé qui met en avant l'expérimentation par l'élève et la découverte progressive des lois* » (Dürler, 2015, p. 30), un constat déjà mis en avant par la chercheuse en sciences de l'éducation R. Raab :

« *Le paradigme psychologique de l'autonomie aboutit à l'idée d'un élève acteur, en première personne, de ses apprentissages. L'autonomie de l'élève est fortement liée à la question de son développement et d'une capacité à construire, par son action propre, des connaissances sur le monde, sur les autres et sur lui-même* » (Raab, 2016)

Cette compétence prônée par la formation est une modalité de la socialisation scolaire, c'est-à-dire qu'il est attendu que les étudiantes s'en emparent pour intégrer les savoirs transmis.

« L'apprentissage, il se fait aussi sur le terrain. Il passe par 3 étapes : observation, réalisation sous observations, réalisation en autonomie ».

(Propos tenu par Gwenaëlle, formatrice, cours présentation de la 2.1, le 12/09/17)

Comme le répètent sans cesse les formatrices aux étudiantes, la réalisation d'une activité seule est le couronnement de l'apprentissage. En outre, il s'agit aussi d'une des finalités affichées de la formation. Le programme de formation rappelle explicitement cet objectif : « *l'étudiant[e] est amené[e] à devenir un[e] praticien[ne] autonome [...]* ». (Berger Levrault, 2015, p. 44) et les formatrices l'expliquent également en ce sens aux étudiantes :

« *Clairement je vous apporterai très peu de connaissances, je vous demande d'aller la chercher. On va travailler le développement de votre autonomie.* »

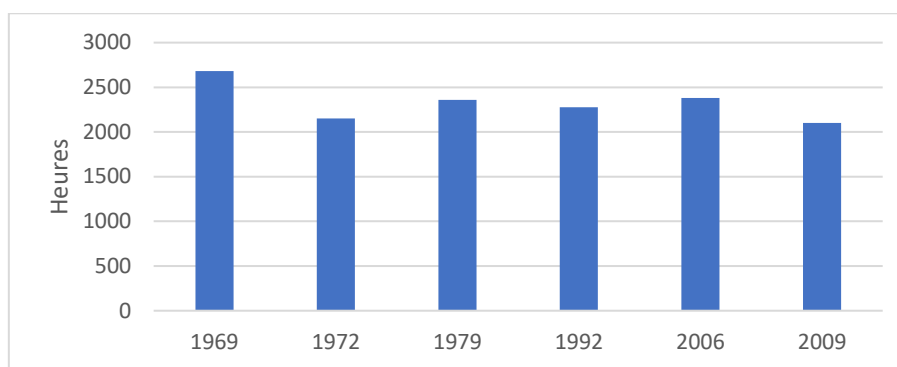
(Propos tenu par Diane, formatrice, cours Histoire de la profession, le 12/09/18)

l'étudiante en position "d'actrice". [...] Il revient ensuite sur "l'affranchissement" qui permet de devenir une "professionnelle autonome et créative". L'apprenante est alors, selon le formateur, dans une posture "d'autrice". Il souligne qu'utiliser tout seul, un tel modèle est très rare. » (Observation, cours sur les méthodes de travail, le 28/09/17)

L'autonomie visée correspond au développement de l'autonomie attendue dans les professions intellectuelles supérieures ou intermédiaires.

L'étude de l'évolution des référentiels de formation permet de constater que la place accordée à cette posture est de plus en plus importante. Les enseignements où les étudiantes sont impliquées s'avèrent en effet de plus en plus encouragés dans la formation. Si une baisse du volume horaire des stages, passés de 2680 heures à 2100 heures en 46 ans pourrait laisser augurer d'un déclin de l'implication des étudiantes, une analyse plus fine révèle le contraire.

Graphique 19 : Évolution du volume horaire des stages dans la formation en soins infirmiers de 1969 à 2009

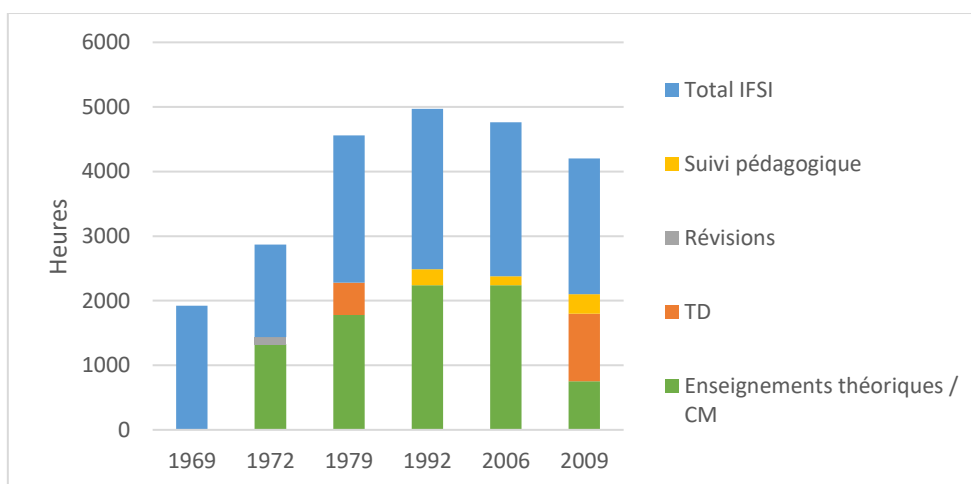


Sources : Dépouillement statistique des référentiels de 1969 à 2009.

Note de lecture : En 1969, il y avait 2680 heures de stages au cours de la formation en soins infirmiers.

La baisse du volume horaire des stages s'est en fait accompagnée d'une diminution de la place des enseignements dispensés à l'IFSI, et notamment des « cours magistraux ».

Graphique 20 : Évolution du volume horaire des différents types d'enseignement dans les référentiels de formation en soins infirmiers



Sources : Dépouillement statistique des référentiels de 1969 à 2009.

Note de lecture : En 1969, il y avait 2680 heures de stages au cours de la formation en soins infirmiers.

N. B. Les parties bleues correspondent à une absence de précisions dans les référentiels. Le référentiel de 1969 ne fait pas de distinctions quant à la nature des cours (enseignement théorique ou TD). Le programme de 1972 introduit la notion « d'enseignement théorique. » En 1979, on trouve la première mention de « travaux dirigés » (TD) dans le référentiel. Ces derniers sont distingués de « l'enseignement théorique », mais la mention de « TD » disparaît dans le référentiel de 1992 pour ne réapparaître que dans celui de 2009. Cette même année, l'appellation « enseignement théorique » laisse la place à la dénomination « cours magistraux » (CM).

Le volume horaire des cours en IFSI a eu une évolution pyramidale, augmentant jusqu'en 1992 pour finalement diminuer sur la période plus récente. Si l'on procède à un découpage entre « cours magistraux » (CM) et « travaux dirigés » (TD), on constate que le temps des premiers a été réduit au profit des seconds. Alors que l'enseignement CM occupait 77,9 % du temps de l'enseignement à l'IFSI en 1979, il n'en représente plus que 35,7 % à partir de 2009. Les cours magistraux ont diminué de 1026 h sur cette période alors que les TD ont augmenté de 546 h. Une telle évolution en dit long sur l'évolution de la posture attendue des étudiantes. Comme l'explique le référentiel de formation, les CM « *sont des cours dont le contenu est plutôt "théorique", donnés par un enseignant dans des salles de type amphithéâtre devant un public généralement nombreux* » alors que les TD correspondent à des « *temps d'enseignement obligatoire réunissant au maximum 25 étudiants. Ces cours servent à illustrer, approfondir et compléter un cours magistral en introduisant des données nouvelles qui peuvent être théoriques ou pratiques, à réaliser des exposés, exercices, travaux divers et à travailler sur des situations cliniques ou en situation simultanée* ». Ainsi, les CM apparaissent davantage dispensés sur un mode frontal alors que les TD impliquent les étudiantes à travers la mise en œuvre de différents dispositifs. Dès lors, l'augmentation des temps de TD, révélée par l'étude des programmes de cette formation, suggère que cette pédagogie impliquant les étudiantes est de plus en plus une exigence de cette formation. Contrairement à ce qu'affirme J. Roby (2012) dans son mémoire, de tels constats ne me semblent pas attester d'une prééminence de la pratique dans ce cursus. Dans le cadre de l'alternance intégrative, les stages et les TD sont en effet à la fois des lieux de pratique, mais aussi d'acquisition de la théorie. Son interprétation qui aboutit à la conclusion d'une diminution des enseignements « théoriques » est en ce sens erronée. La part de plus en plus importante des TD et des stages est plutôt à lire comme la trace d'une place grandissante du positionnement actif des étudiantes dans leur formation.

Le développement d'une posture autonome s'accompagne d'une responsabilisation des étudiantes. Le référentiel de formation souligne d'ailleurs à la suite de la visée d'autonomie citée plus haut que « *l'étudiant[e] est amené[e] à devenir un[e] praticien[ne] autonome, responsable et réflexif[ve]* » (Berger Levraut p. 44), mettant ainsi sur le même plan ces deux compétences.

Derrière une telle injonction, ce qui est sous-entendu dans les exigences institutionnelles, c'est d'une part une posture « d'engagement moral » (Dürler, 2015) que les étudiantes doivent adopter dans leur travail scolaire. Ces dernières doivent se sentir responsables de leur travail et de leurs apprentissages. Les formatrices expliquent que ce qu'elles vont acquérir dépend en partie d'elles.

« *Il y a un certain niveau d'exigence et de responsabilité [dans leur formation]* ».

(Propos tenus par Anyssa, formatrice, lors de la présentation du projet de formation, le 11/09/17)

Gwenaëlle [formatrice] souligne qu'elles attendent qu'elles soient « actrices et autrices » et qu'elles « ont leur part de responsabilité ».

(Observation, 1^{er} jour de la semaine d'intégration, le 03/09/18)

Cette vision transmise par les formatrices peut être comprise au regard de l'injonction à la posture « d'étudiante actrice » qui promeut l'implication des étudiantes. Aux yeux de l'institution, si les étudiantes ne réalisent pas certaines recherches personnelles à propos de questionnements qui ont suscité leur intérêt ou à propos de sujets qu'on leur a demandé de creuser, elles ne vont pas acquérir de nouveaux savoirs.

Comme pour l'autonomie, s'il s'agit bien d'après ces éléments, d'une modalité de socialisation, l'analyse de la rhétorique institutionnelle révèle qu'elle est également une perspective pédagogique. Elle est en effet aussi une des finalités explicites de la formation. Cette formatrice rappelle aux étudiantes lors de la présentation d'un enseignement qu'il s'agit d'une intention pédagogique qui transparaît derrière l'ensemble de leurs cours :

Diane [formatrice] précise que le fil rouge sur les trois semestres c'est la responsabilité de l'infirmière. Elle souligne qu'elles doivent « *avoir une pleine connaissance du rôle de l'infirmière et une pleine conscience de ce qu'est la profession en lien avec les autres professions* ».

(Observation, présentation du médicament, le 18/09/18)

La responsabilité occupe ainsi une place prégnante dans la rhétorique institutionnelle et dans les dispositifs pédagogiques mis en œuvre tout comme l'autonomie.

La formation en soins infirmiers cultive aujourd'hui un idéal d'étudiantes et de futures praticiennes autonomes, actives et responsables. Cette formation se réclame actuellement d'une « autoformation », entendue comme « se former par soi-même » pour reprendre les termes d'une des formatrices. Néanmoins, nous allons le voir, l'imposition d'un tel modèle n'est pas synonyme de formation libre ni d'émancipation de l'institution.

I.2.b Autonomie accompagnée, responsabilité contrôlée

Les étudiantes ne sont pas livrées à elles-mêmes, l'autonomie est apprise et mise en œuvre de manière très encadrée. Il s'agit moins d'une autoformation que d'une autoformation « accompagnée »⁷⁷, comme l'énonce une des formatrices.

⁷⁷ Propos tenus par Romane, formatrice le 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/17.

La nature de la relation étudiante/formatrice telle qu'elle est exposée aux étudiantes témoigne d'une telle conception. Les formatrices se présentent comme des « accompagnatrices », des « aides » et non comme des « professeures » qui ont à transmettre un savoir. Ce fonctionnement pédagogique est exposé longuement au début du cursus.

« Nous on s'engage à vous accompagner pendant 3 ans, c'est un engagement professionnel et personnel. »

(Propos tenus par Gwenaëlle, formatrice, le 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/17)

Romane [formatrice] précise que l'accompagnement a une grande part dans la formation. Gwenaëlle [autre formatrice] rappelle qu'elles vont être là pour les accompagner sur un parcours, qui va viser l'autonomie, la progression.

(Observation, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/17)

L'autonomie attendue des étudiantes se veut donc largement encadrée par les formatrices et les autres acteurs de la formation. Le terme de « formatrices » dont les enseignantes de l'IFSI se réclament prend d'ailleurs tout son sens dans cette perspective. Cette désignation que l'on retrouve dans d'autres formations comme celles des éducatrices et éducateurs, des enseignants et enseignantes ou encore dans les STS par exemple, est assez symptomatique de la conception qu'elles ont de leur rôle.

Cette approche fait entrevoir le caractère relationnel de l'apprentissage de ces savoir-faire et savoir-être. Comme l'énonce une autre formatrice lors du troisième jour de cours, le contact avec les autres est essentiel dans la construction de cette compétence. Les interactions sont perçues comme nécessaires au processus d'apprentissage.

« Ça, ça fait partie aussi de la pédagogie et de notre référentiel, ça s'appelle le socioconstructivisme. C'est-à-dire qu'on n'apprend pas tout seul qu'on apprend aussi avec les autres et on apprend des autres ».

(Propos tenus par Romane, formatrice, 3^e jour de la semaine d'intégration, le 6/09/20)

Dans le modèle prôné par l'institution et par les formatrices, l'accès et la mise en œuvre de l'autonomisation des étudiantes ne peuvent donc se faire sans les relations que ces dernières ont avec les formatrices, avec les professionnelles, mais aussi avec leurs pairs ainsi qu'avec les patients. La coopération avec l'ensemble des acteurs est perçue comme un processus central de la fabrication de l'autonomie, c'est pourquoi une large place dans le modèle d'apprentissage est faite à l'accompagnement et aux interactions. Il ne s'agit pas dans cette approche de diriger les étudiantes dans leur parcours de formation, mais de les soutenir et de les aider à atteindre leurs buts. Une approche qui rappelle celle que les infirmières doivent adopter auprès de leurs patients dans le cadre de l'éducation thérapeutique : *« Il s'agit moins de "mettre quelqu'un en mouvement" que de s'accorder au mouvement qui est le sien. Par extension, il s'agit moins de le "rendre autonome" que de solliciter son autonomie »* (Paul, 2012).

De la même manière que ce que M. Paul décrit à propos de l'éducation thérapeutique, l'accompagnement prodigué est pensé en accord avec l'individualité de l'étudiante. Les formatrices insistent en effet sur le côté personnel de l'accompagnement dispensé :

Gwenaëlle [formatrice] ajoute l'idée d'accompagnement en précisant que celui-ci se fait avec leur individualité, avec leurs ressources.

(Observation, rentrée de deuxièmes années, le 3/09/18)

Anyssa [formatrice] souligne qu'ils se placent dans une « pédagogie de la réussite » qui implique une adaptation au profil de chacune en ce qui concerne les objectifs.

(Observation, explicitation du projet de formation, le 11/09/17)

Elles se réclament d'une pédagogie différenciée qui s'adapte au rythme de chacune et établit des objectifs distincts selon les besoins et les perspectives de chaque étudiante. Elles veulent opérer par individualisation. Une telle démarche fait écho à une nouvelle logique sociale qui traduit un passage d'une régulation collective à une régulation individuelle (Astier, 2007). L'individualisation des parcours n'est pas propre à la formation en soins infirmiers, elle s'opère plus largement dans la société et est observable en particulier dans d'autres formations comme celle des travailleurs et travailleuses du social, mais aussi dans celle des enseignants et enseignantes (Iori, 2018 ; Roquet, 2009). Nous l'avons évoqué précédemment le référentiel prévoit un certain nombre de dispositifs pour assurer ce suivi : parcours de stages distincts en fonction des étudiantes et TAE notamment.

Romane [formatrice] insiste sur le fait que l'accompagnement va être personnalisé. Elle souligne qu'elles mettent en place des accompagnements non jugeants. Elles passeront par des temps individuels et collectifs. Elle explique que les points individuels se feront principalement au retour de stage et qu'on leur demandera de décortiquer des évaluations. Elle souligne qu'elles feront également des auto-évaluations. Romane souligne que c'est un point important.

(Observation, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/17)

Les activités d'accompagnement sont ainsi pensées par le référentiel et par les formatrices comme étant centrées sur la personne et orientées vers le développement personnel. Au-delà de l'individualisation des modes de traitements des étudiantes, c'est bien un mouvement de personnalisation du parcours de formation dont se réclame cette institution.

L'institution se propose d'évaluer les besoins et les possibilités de chaque individu pour lui offrir les ressources adéquates à sa formation. Le remplissage fréquent de grilles d'auto-évaluation par les étudiantes qui sont ensuite mobilisées comme des supports de discussions dans les échanges entre étudiantes et formatrices est à comprendre dans cette logique. Le test de Giordan proposé aux étudiantes lors de la semaine d'intégration est un bon exemple de la

démarche d'accompagnement que veut mettre en place l'institution. Il s'agit d'un support sous forme de test destiné à faire prendre conscience aux étudiantes du type d'étudiante qu'elles sont : visuelle, kinesthésique ou auditive. Ce test couplé à une grille d'auto-évaluation sur leur méthode de travail est repris pour échanger avec la formatrice qui les suit lors d'un premier TAE. Il est l'occasion pour les formatrices d'appréhender une partie de la personnalité des étudiantes et de leur donner des conseils pratiques pour développer leur autonomie dans le travail scolaire. Comme le souligne cette formatrice, une telle démarche de réflexion à partir des auto-évaluations permet d'adapter l'aide et les conseils prodigués :

Anysa [formatrice] explique que l'un des rôles est de « *proposer une aide personnalisée dans les apprentissages (contrat)* ». « *On n'est pas là pour vous faire plaisir, mais on est vraiment là pour vous accompagner dans un parcours de formation professionnelle* »

(Observation, projet de formation, le 11.09.17).

Les formatrices se perçoivent ainsi comme des aides au développement de l'autonomie scolaire. Elles endossent une dimension psychologisante de leur rôle.

Le développement de cette autonomie se veut donc très cadré et encadré par les actrices de transmission, ce qui peut comporter un paradoxe. Comment en effet comprendre que l'autonomie soit accompagnée ? Si l'autonomie est encadrée et accompagnée, cela ne revient-il pas à introduire une nouvelle forme de subordination ? De tels questionnements invitent à déconstruire, ou plutôt à aller explorer ce qui se cache derrière ces notions d'autonomie et de responsabilité dans cette formation. Quels savoirs les étudiantes apprennent-elles réellement ?

I.2.c Coopération et réflexivité cultivée

L'enjeu de cette nouvelle sous-partie est donc d'appréhender plus finement les compétences inculquées au travers de ce modèle de formation pour voir si celles-ci viennent s'opposer à l'idée d'une transmission d'une position subordonnée. Les observations conduites au sein de cette formation apportent des éléments de réponses. L'autonomie et la responsabilité sont largement construites et prennent la forme d'une position de contrôle du travail, d'apprentissage de la réflexivité, d'objectivation de sa pratique, autant d'éléments qui dotent les étudiantes de savoirs éloignés de ceux mobilisés dans des postes d'exécution.

Le cadre institutionnel et la manière dont les savoirs sont transmis participent en premier lieu à doter les étudiantes d'une capacité à prendre en charge leur travail. Si, comme l'a laissé entendre le discours de l'un des formateurs cités précédemment (*cf.* p. 116), les étudiantes en soins infirmiers sont confrontées à plusieurs types de cours et de pédagogie, une bonne partie des enseignements sont donnés sous une forme éloignée de la pédagogie frontale. Sur

l'ensemble des cours observés en septembre 2017 et 2018 qui n'étaient pas des travaux pratiques, 48 %⁷⁸ ne mettaient pas en œuvre une pédagogie frontale. Une proportion qui double presque si l'on ne considère que ceux dispensés par les formatrices. Dans les enseignements qu'elles donnent, plus de 80 %⁷⁹ mettent en œuvre une pédagogie active. Les étudiantes sont prises à partie et sont sans cesse invitées à s'impliquer dans le cours. Elles sont exposées à ce que S. Vaquero (2019) nomme des « dispositifs pédagogiques horizontaux ». En effet, plusieurs « dispositifs de concernement » (Dürler, 2015) sont mis en place, c'est-à-dire plusieurs situations sont destinées à les impliquer personnellement dans les activités scolaires. Les tâches de délégués en sont un parfait exemple. De plus, une pédagogie interrogative est régulièrement mise en œuvre, comme dans ce cours sur la présentation des médicaments (UE 2.11) qui commence par un brainstorming :

10h49 : Diane [formatrice] fait un nouveau brainstorming autour du mot « médicament ». Cette fois, les mots « molécule », « mode d'administration », « posologie », « effets indésirables », « pallier, famille de médicaments », « allergie », « Principe actif », « ordonnance », « forme du médicament », « chimique. ». [...] 10h51 : Elle demande de passer au mot « infirmière ». [...] Les autres mots sont donnés : « surveillance de la prise », « dispense de soin ». Maria ajoute « surveillance des réactions suite à la prise de médicaments ». Quelqu'un ajoute « administration ». Plusieurs autres termes sont ajoutés ensuite : « réflexive », « matériel », « autonomie », « prescription », « compétence » « diagnostic ». Diane s'arrête sur ce dernier mot et lui demande d'expliquer. Diane demande si elles peuvent faire des liens. Si cela leur convient comme ça. [...] Diane commente « *C'est chouette parce que vous êtes en train de me dire tout ce que vous allez apprendre et vous êtes en train de vous rendre compte que vous allez avoir tout un paquet de trucs à apprendre* ». Elle leur demande s'ils ont pris des notes. Diane insiste sur le fait que l'infirmière n'est pas là juste pour administrer. Elle souligne que ça évalue, ça observe, ça comprend, ça soulage, ça entre en relation, ça prévient, ça éduque, ça surveille, ça évalue, ça administre, ça accompagne.

(Observation, présentation des médicaments, UE 2.11, le 18/09/17)

Les étudiantes sont par ailleurs régulièrement interpellées, comme ici lors de la remarque sur la prise de note, afin de leur rappeler qu'elles doivent endosser cette posture active. Les formatrices cultivent également un tel engagement dans les apprentissages par un certain nombre d'invitations à la curiosité et aux recherches personnelles. Comme dans cet exemple, elles incitent les étudiantes à répondre à leurs interrogations par elles-mêmes :

Gwenaelle [formatrice] les interpelle sur la nuance entre métier et profession [...] Elle les invite à faire des recherches sur ce point et à ne pas attendre les réponses. Elle souligne qu'elles vont développer cette curiosité.

(Observation, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 05/09/17)

⁷⁸ Sur les 79 cours observés en septembre 2017 et 2018, 41 étaient dispensés sous un mode frontal et ne laissaient la place aux interventions des étudiantes qu'à la marge.

⁷⁹ Sur les quarante cours observés dispensés par les formatrices au cours des mois de septembre 2017 et 2018, trente-deux ont pris la forme de travaux de groupe ou de brainstorming ou de sollicitation forte des étudiantes.

Les situations de recherche sont fréquentes et les interrogations laissées en suspens, comme ici, sont une pratique courante. Enfin, la mise en place fréquente de travaux de groupe au cours desquels les étudiantes sont invitées à réfléchir sur des notions, sur le sens de textes réglementaires ou sur des situations concrètes vient conforter l'apprentissage d'une telle posture. Ce cours sur le raisonnement clinique en est un bon exemple. Après avoir énoncé les étapes de cette démarche, la formatrice leur demande de les réaliser une à une par groupes à partir d'une situation donnée :

9h18 : Les quatre filles observées commencent par une lecture individuelle. Elles surlignent les éléments essentiels. Ilona demande une confirmation des consignes. 9h22 : Hugo [formateur] intervient pour savoir comment elles se sont organisées. [...] Il souligne « *C'est un truc à faire, travail de groupe le premier truc à faire c'est qui est secrétaire, qui est animateur, qui est garant du temps.* ». Marion suggère de noter toutes les idées d'un coup. [...] 9h27 : Mireille [formatrice] intervient. Elle leur fait remarquer qu'elles sont déjà dans la résolution de problèmes. Elle leur dit qu'il y a plein de choses à noter avant. Elle leur fait remarquer qu'elle a 82 ans, qu'elle est vieille. Ensuite, elle attire leur attention sur le décès du mari. « *Je vous demande surtout pas de déduire des problèmes, mais de repérer des anachronismes.* » 9h34 : Laura relit ce qu'elles ont noté. Mireille et Hugo passent dans les groupes. Ilona dit qu'ils ont terminé. 9h40 : Mireille leur distribue une seconde étape. Elles lisent et surlignent. Elle se demande comment aborder la chute.

(Observation, raisonnement clinique, le 28/09/17)

Cette situation illustre une réalité observée à maintes reprises lors des cours dispensés à l'IFSI par les formatrices : des étudiantes devant répondre à des tâches précises collectivement. Elles apprennent ainsi à s'organiser pour coopérer et à travailler dans une configuration courante dans leur future activité professionnelle.

L'inculcation de la posture d'étudiante actrice va donc de pair dans cette formation avec la mise en place de situations éducatives au cours desquelles les étudiantes sont amenées à gérer leur temps et à s'organiser pour arriver à remplir certaines tâches. Elles apprennent ainsi à développer leur capacité à planifier le travail, leur « engagement instrumental » (Dürler, 2015). Les observations révèlent qu'elles sont largement guidées dans ce type de situation ce qui permet d'entrevoir comment ces compétences s'avèrent finalement construites au cours de la formation. Lors de ces temps, des consignes claires et progressivement énoncées leur sont données, de plus les formatrices interviennent ponctuellement. L'exemple précédent l'illustre bien. Des fiches supports leur sont distribuées. En outre, les conseils des formatrices ne portent pas uniquement sur le fond. L'intervention première du formateur se fait sur l'organisation. Il les invite à endosser chacune un rôle bien défini pendant les travaux de groupes, rôles qui ont d'ailleurs été explicités lors de cours destinés à apprendre à travailler en groupe.

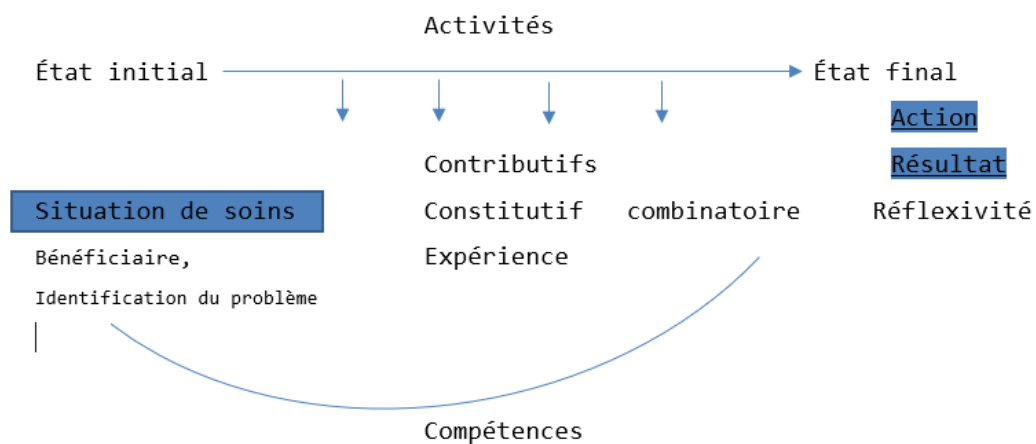
Cette formation cultive ainsi de manière guidée des compétences liées la planification du travail et à l'adoption d'une démarche active de construction des savoirs.

Or, elles ne sont pas les seules à être cultivées à l'aune de cette exigence d'autonomie. Celle-ci va également de pair avec la construction d'une forte incitation à la réflexivité. Comme précédemment, la réflexivité est façonnée tant par l'insistance du discours professoral que par des situations d'apprentissage. La réflexivité se trouve en effet fortement mise en avant et valorisée dans la formation des infirmières, comme dans beaucoup de formations préparant aux métiers d'interactions humaines, notamment la formation des enseignants et enseignantes (Bouissou & Brau-Antony, 2005 ; Delsault, 1992) ou des assistants sociaux et assistantes sociales (Iori, 2018). Il s'agit d'ailleurs de l'un des objectifs pédagogiques majeurs avancés par le référentiel : « *L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence* » (Berger Levraut, 2015, p.45). Les étudiantes se doivent d'acquérir et de faire preuve de réflexivité, ou de « réfléchissement » pour reprendre l'expression d'un des formateurs. Cet attendu est sans cesse rappelé aux premières années.

Eugène [formateur] explique que l'analyse de situation est l'outil par excellence de la réflexivité. Dimension qui est « *visée, souhaitée pour vous* ». Il souligne que ce sont des méthodes de travail pour la formation et la réflexion.

(Observation, présentation des UE 6.1 et 1.1, le 13/09/17)

Anyssa [formatrice] : « *Ça, c'est votre schéma, je dirais un petit peu type. Un support de votre apprentissage puisqu'à chaque fois vous allez être dans cette dynamique* ».



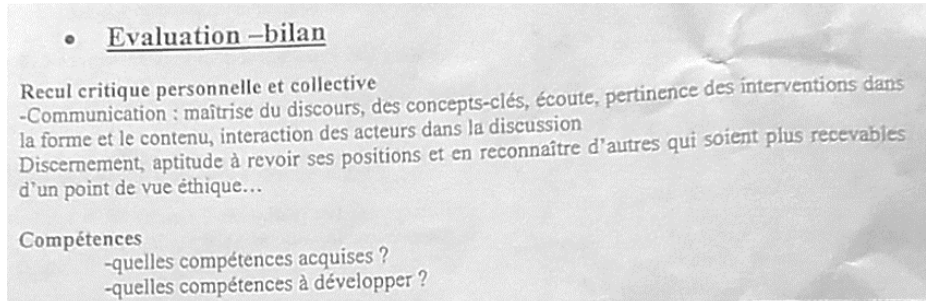
Elle souligne qu'il manque un élément. [...] Quelqu'un suggère « l'autonomie ». Elle valide, mais demande ce qui fera qu'elles seront autonomes. Serge parle d'auto-évaluation. Un autre étudiant propose la réflexivité. Anyssa valide.

(Observation, politique de stage, le 13/09/17)

La réflexivité leur est présentée comme une compétence indispensable à maîtriser pour devenir autonome.

Plusieurs dispositifs sont prévus pour l'aiguiser : mémoire professionnel, analyse de pratique, etc. (Bouissou & Brau-Antony, 2005). En effet, dans le cadre de leur cursus, les étudiantes réalisent un MFE (mémoire de fin d'études) qui s'apparente aux mémoires professionnels que l'on peut retrouver dans plusieurs formations professionnelles (Barbier et Demailly, 1994), notamment celles des enseignants et enseignantes (Cros, 2007 ; Gonnin-Bolo, 2002) ou des travailleurs et travailleuses du social (Iori, 2017; Molina, 2016). Il s'agit d'un mémoire « centré sur l'étude d'une question professionnelle »⁸⁰ qui les invite à questionner leur pratique. Si cette évaluation arrive en fin de cursus, plusieurs autres dispositifs entretiennent ce savoir en amont : brainstorming, prises de notes... Dans le cadre de chaque stage, les étudiantes doivent restituer deux « analyses de pratiques » dans lesquelles elles reviennent sur une situation vécue ou observée pour en améliorer la compréhension. Une telle démarche d'écriture et de regard critique sur la pratique ne se limite pas à ce qui se passe en stage. Lors des travaux en autonomie, les étudiantes sont le plus souvent invitées à commenter l'exercice proposé. Il leur est demandé d'explicitier les questionnements que cela a suscités, mais aussi leur démarche, etc.

Archives 1 : Extrait document distribué aux étudiantes dans le cadre du cours de situation éthique



Source : Document distribué le 9/03/17 lors d'un cours sur le raisonnement éthique

Après avoir identifié le contexte ainsi que la question et le dilemme éthique d'une situation, elles sont invitées à prendre de la distance avec l'exercice réalisé et avec les compétences mobilisées. Elles apprennent ainsi à s'autoévaluer et à se questionner sur le sens des apprentissages. De tels dispositifs pédagogiques (re)produisent chez les étudiantes la mise en œuvre d'un regard critique sur leur pratique. Ces activités font appel à des compétences argumentatives (Pallascio & Lafortune, 2000) et mettent en jeu un double processus : la réflexion dans l'action et sur l'action, c'est-à-dire qu'elle suppose une réflexion au cours de l'action pour pouvoir s'adapter à la situation, mais aussi une réflexion *a posteriori* qui permet

⁸⁰ Berger-Levrault 2015, p. 90.

d'analyser ce qui s'est passé dans la pratique et d'évaluer les effets (Schön, 1994). Une telle approche invite les étudiantes à prendre conscience des processus sous-tendant leurs pratiques. Or, il apparaît une fois encore que le façonnement de la réflexivité est largement « accompagné ». L'usage de dispositifs de pédagogie explicite mis en évidence précédemment permet de (re)produire cet esprit de déconstruction des enjeux sous-tendant chaque apprentissage et chaque pratique, ce qui participe également au développement de l'autonomie (Lahire, 2001).

Ainsi, derrière l'injonction à l'autonomie se cache un certain nombre de savoir-faire et savoir-être : capacité à s'impliquer dans le travail, capacité à gérer son travail et à le planifier, capacité à s'autoévaluer et à avoir conscience des processus sous-tendant chaque activité qui sont cultivées au sein de la formation en soins infirmiers. De telles savoirs transmis au sein de cette instance de socialisation participent à un positionnement du côté du contrôle de la tâche à réaliser. Si la socialisation institutionnelle peut être lue comme une socialisation anticipatrice (Darmon, 2013) du rôle que les futures étudiantes vont devoir endosser sur le marché du travail, il est possible de voir qu'aujourd'hui le fonctionnement institutionnel des IFSI façonne de futures infirmières autonomes dans la réalisation de leurs tâches et dans leur organisation, loin d'un modèle de l'infirmière exécutante des médecins.

Une question subsiste encore à l'aune de ces constats, comment les étudiantes se saisissent-elles de ces injonctions et qu'en font-elles ?

I. 3 Réception et appropriation des injonctions

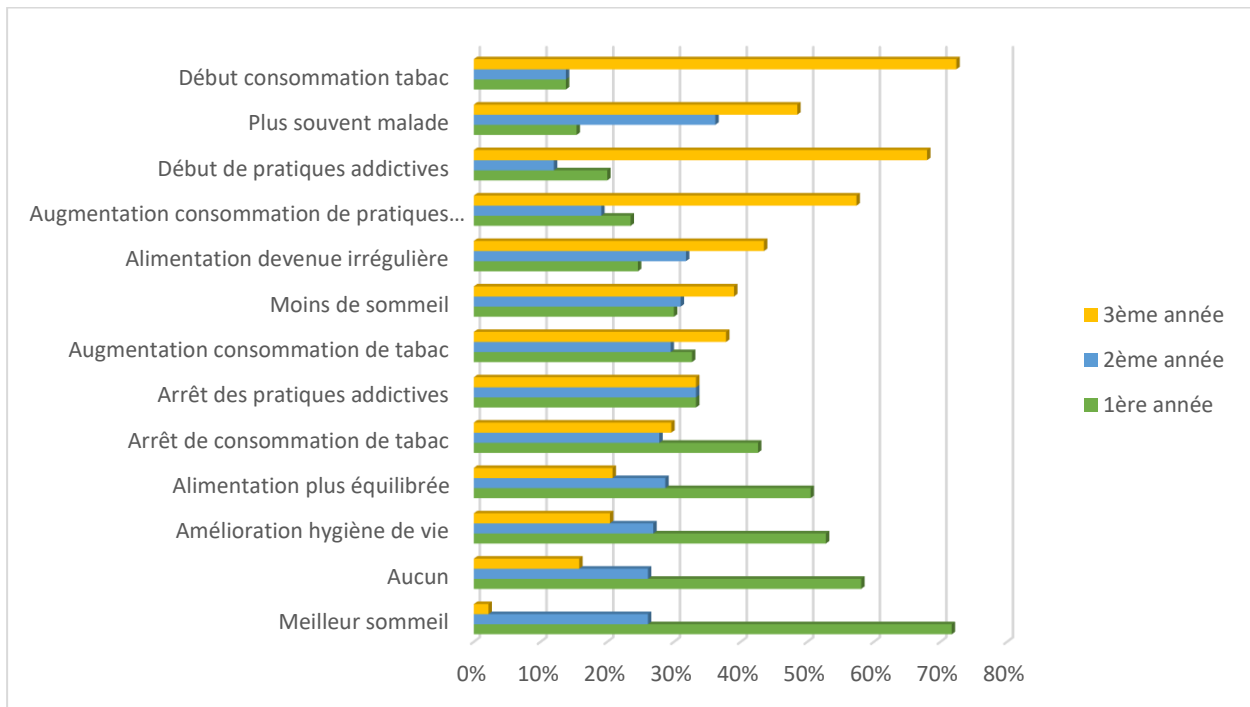
Il s'agit ici de voir comment les étudiantes s'approprient ou au contraire prennent de la distance avec cette stylistique institutionnelle. Les discussions informelles avec les étudiantes, les entretiens et la passation des questionnaires permettent de révéler que ce fonctionnement très encadrant génère des tensions et du mal-être, sans toutefois contribuer à ce que les étudiantes rejettent les savoirs portés par l'institution. Nous le verrons en fin de chapitre, ces dernières vont s'approprier ces injonctions, plus ou moins fortement en fonction de leur parcours antérieur.

I.3.a Le difficile vécu de la formation

L'attention portée aux discours des étudiantes permet en premier lieu de voir que ce cursus n'est pas sans effets sur les étudiantes et qu'elles adoptent une posture critique vis-à-vis d'un tel fonctionnement. Loin du bien-être et de l'ambiance d'accompagnement que souhaitent véhiculer les formatrices, les propos des étudiantes suggèrent que ces dernières sont méfiantes à l'égard de l'institution et du cadre proposé.

L'enquête auprès des étudiantes indique que le suivi de cette formation engendre souvent une dégradation des conditions de vie. Lors de la passation des questionnaires, parmi les effets de la formation les plus fréquemment cités, les quatre premiers rendent compte d'une diminution du temps de sommeil (50,9 %), d'une alimentation plus irrégulière (35,5 %), d'une augmentation de la consommation de tabac (16,6 %) et de maladies plus fréquentes (13,9 %). Les étudiantes approuvant un item ayant trait à une amélioration des modes de vie sont moins nombreuses. Sur l'ensemble des étudiantes interrogées, elles sont une sur dix à considérer que leur hygiène de vie s'est améliorée (11,5 %) ou à déclarer manger de manière plus équilibrée (10,8 %). Seuls 5 % ont arrêté de fumer ou se sont mises à mieux dormir. La comparaison année par année permet d'appuyer encore davantage cette tendance nuisible de la formation sur les conditions de vie des étudiantes et vient conforter les conclusions de travaux menés il y a une dizaine d'années (Lamaurt et al., 2011).

Graphique 21 : Impact de la formation sur le mode de vie des étudiants en fonction des années de formation (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Les étudiantes en soins infirmiers de première année sont 71,7 % à déclarer dormir mieux depuis le début de la formation, elles sont 26,1 % dans ce cas en deuxième année et seulement 2,2 % en troisième année.

Alors que chez les premières années, la formation a un impact majoritairement positif, en troisième année elle a des conséquences négatives sur la plupart des étudiants et étudiantes.

Ce mal-être tangible à travers leurs pratiques est également exprimé directement. Les remarques laissées librement à la fin des questionnaires en sont une trace marquante.

« Formation très intense demandant un investissement personnel très important. Difficile psychologiquement et physiquement. »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Lérins, 21 ans, mère : au foyer, père : pilote de ligne)

« Formation riche, mais très stressante et pénible »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 1^{re} année, Gravel, 22 ans, mère : restauratrice, père : restaurateur)

« Formation très intense, pression constante fatigante »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 21 ans, mère : leader groupe maintenance, père : chauffeur)

« Épuisante cette formation ! »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 21 ans, mère : professeure des écoles, père : fonctionnaire à la poste)

Les jeunes étudiantes insistent sur l'investissement important que suppose l'entrée dans cette formation. Au-delà du stress inhérent à de nombreux cursus, elles sont plusieurs à faire part de bouleversements internes et de remises en question importantes :

« La formation demande une certaine maturité. Elle fragilise émotionnellement nos acquis et notre perception des choses. Identité qui se construit au fur et à mesure. »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, 3^e année, Gravel, 20 ans,
mère : assistante sociale, père : communicant à la chambre agricole)

« C'est une formation difficile qui épuise moralement, mais la beauté du métier en vaut la peine »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Lérins, 22 ans,
mère : secrétaire, père : technicien)

« Formation difficile d'un point de vue émotionnel. Exigences du milieu de soin parfois pesantes en tant que jeune étudiante. Conditions difficiles pouvant amener au burn-out... Mais métier très enrichissant et passionnant »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 22 ans,
mère : traductrice, père : ingénieur)

Plusieurs d'entre-elles estiment que cette formation est source de troubles émotionnels et physiques et qu'elle peut occasionner une certaine souffrance, et ce, malgré leur goût pour leur activité professionnelle. Ce type de situations principalement relayé par des jeunes filles lors de la passation des questionnaires touche aussi les autres profils d'étudiantes comme en attestent les propos de cette étudiante ou ceux d'Enrick :

« Trois années d'études intensives, stressantes, des hauts et des bas, pas toujours faciles à gérer avec la vie de famille. »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 37 ans,
conjoint : cadre, 3 enfants, parents : décédés)

« C'est une formation qu'est quand même très éprouvante, qui déforme. [...] et puis ça déstabilise vraiment toute une vie quoi. Quand même ça m'a bien déstabilisé aussi au final »

(Entretien le 8/07/19 avec Enrick, 2^e année, éducateur spécialisé, 39 ans,
mère : secrétaire, père : chauffeur).

Enrick, ancien éducateur spécialisé de 39 ans, est loin de minimiser ou d'ignorer l'effet de cette formation. Au contraire, cet étudiant pourtant armé d'une expérience professionnelle au sein du travail social insiste sur les questionnements et les doutes que la formation amène.

Certaines étudiantes vont jusqu'à rendre compte d'une transformation sur un plan émotionnel. Shana me confie par exemple en entretien qu'elle a progressivement adopté une posture de « précarité émotionnelle » (Loriol, 2003, 2015) :

« Négativement parce que euh avant j'étais quelqu'un qui, comment dire, pas trop fragile tu vois, enfin genre qui fonce tête baissée et maintenant j'suis... Tu vois, à l'heure d'aujourd'hui euh, tu vois bah, il y a plein de moments où je craque, où je pleure alors qu'avant je pleurais jamais. Enfin, des fois, c'est pas facile quoi. Surtout en ce moment [Elle a les sanglots dans la voix] »

(Entretien le 12/01/18 avec Shana, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Alors que cette dernière était plutôt confiante à l'entrée dans ce cursus, elle se trouve aujourd'hui en proie à de nombreux doutes, une évolution intérieure que manifestent également Charlotte et Alison lors de nos entretiens :

« Euh bah avant l'entrée en formation j'étais, on ne va pas appeler ça téméraire, mais j'avais envie de réussir, d'aller au bout de mes projets. Et puis, dès que tu arrives ici, c'est les montagnes russes pour moi. Je réussis quelque chose, j'échoue, je réussis, j'échoue, et puis c'est vraiment descendre au plus bas et puis devoir remonter en réussissant. Et finalement, quand tu fais ça tout le temps, tu te dis où est-ce que je puise toute cette énergie ? »

(Entretien le 9/01/18 avec Charlotte, 3^e année, 26 ans,
mère : professeure des écoles, père : professeur des écoles)

« Niveau du stress, je n'ai jamais été autant stressée de ma vie [rire]. Franchement, inversement, euh... Ah non, un truc de fou. [...] alors qu'avant pas du tout, franchement je ne stressais pour rien. Enfin, je ne stressais pas du tout, puis là, c'est la première fois que je chiale en stage tellement j'en peux plus. Tu sais pourtant, franchement, il m'en faut beaucoup. [rire], Mais alors là... »

(Entretien le 31/05/17 avec Alison, 2^e année, 23 ans,
mère : assistante familiale, père : chargé d'affaire,)

Les résultats de l'enquête statistique révèlent d'ailleurs que près d'une étudiante sur six (15,2 %) déclare avoir perdu confiance en elle depuis le début de son parcours. Les troubles occasionnés sont parfois si importants que certaines ne sont pas prêtes à revivre une telle formation.

« La formation m'a apporté et m'a changé énormément. J'ai pu apprendre énormément sur moi-même. Cependant, parfois je me demande si je recommencerais si c'était à refaire, car on fait face à beaucoup de pression et on n'est pas toujours bien soutenu. »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 21 ans,
mère : journaliste radio, père : ingénieur agricole)

« Si les trois années étaient à refaire, je ne les recommencerais pas. Cela m'a impacté physiquement, mais endurci psychologiquement. Ce sont des études compliquées. »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Chenier, 22 ans,
mère : agricultrice, père : agriculteur)

La formation dans son ensemble est donc largement vécue par les étudiantes comme éprouvante et occasionne souvent une précarité émotionnelle et des troubles au niveau de l'hygiène de vie.

Les doutes, tiraillements, malaises, remises en question communs à de nombreuses étudiantes issues des différents IFSI, d'âges et de sexes variables suggèrent que ce phénomène est loin d'être isolé, mais également qu'on ne peut l'imputer uniquement à une problématique individuelle. Cette souffrance apparaît comme étant largement structurée par le social et les conditions objectives (Loriol, 2015). D'ailleurs, une discussion informelle avec les formatrices permet d'entrevoir qu'un tel vécu est largement la norme.

Christelle précise qu'une période de remise en question durant laquelle les étudiantes n'ont plus de repères, c'est normal dans la construction identitaire, mais que là, c'est tardif. Elle fait remarquer qu'ordinairement cela se produit durant le stage de S4 et qu'en début de S5, les doutes sont dissipés.

(Discussion informelle avec les formatrices, le 5/12/17).

L'une des formatrices m'explique qu'il s'agit d'un passage obligé dans cette formation. Ce discours est cependant loin de témoigner d'une indifférence des formatrices à cette situation. Au contraire, la suite de la discussion montre que ces dernières s'inquiètent de l'état de forme des étudiantes. L'expression des souffrances est suivie de près.

Gwladys [formatrice] souligne que les troisièmes années ne sont pas en forme en ce moment. Elle rapporte qu'elle en a vu plusieurs en pleurs. Elle évoque les dernières TAE où même l'étudiante qu'elle pensait aller bien a craqué et a fini par pleurer. Christelle [formatrice] s'étonne du fait que ce n'est pas le cas dans son groupe. [...] Christelle s'inquiète de savoir si c'est de leur faute. Gwladys [formatrice] lui répond en disant que pour une part sûrement, et pour l'autre cela vient de l'institution.

(Discussion informelle avec les formatrices, le 5/12/17)

Face au constat d'un mal-être généralisé, les formatrices convoqueront l'ensemble de la promotion pour une discussion destinée à améliorer la situation. Au cours de celle-ci, des assouplissements relatifs à la présence sont accordés et des activités extrascolaires mises en place (massages, etc.) Comme le suggèrent les propos de Gwladys, l'une des formatrices, ce mal-être n'est pas uniquement le résultat de problèmes de personnes. Une part non négligeable des difficultés ressenties par les étudiantes est imputable à des éléments objectifs qui viennent le façonner. Le discours des étudiantes permet d'éclairer ce point. Au travers de leurs propos transparaît le rôle du fonctionnement institutionnel identifié précédemment.

Comme le montrent déjà quelques rapports, cette situation est largement imputable aux stages et aux conditions d'exercice (Auslender, 2017 ; *Mal-être des étudiant.e.s en soins infirmiers : il est temps d'agir*, 2017). Les témoignages des étudiantes concernant leurs stages en attestent d'ailleurs largement. Ces lieux de formation sont décrits comme étant particulièrement éprouvants :

« *Les stages nous construisent ou nous détruisent.* »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 20 ans,
mère : professeure de mathématiques, père : responsable commercial)

« *Les stages peuvent être compliqués, quand on nous envoie dans des lieux où notre présence n'est pas la bienvenue.* »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 21 ans,
mère : éducatrice, père : électricien)

L'une des étudiantes suivies, Samantha, aide-soignante, en première année de formation en soins infirmiers parle « d'ascenseur émotionnel » pour restituer la manière dont elle a vécu son premier stage et confie en entretien que si son mari n'avait pas été là, elle aurait sûrement arrêté la formation, un rapport au stage qui rappelle étroitement celui de Giuliana et Justine, deux étudiantes de deuxième année :

Giuliana et Justine me rapportent que le stage est vraiment difficile à vivre et que c'est une « épreuve » pour plusieurs d'entre elles. Justine me dit qu'elle n'est pas pressée d'y aller. Elle m'explique que c'est vraiment un lieu où elles sont remises en cause. Giuliana raconte qu'en première année, à l'issue d'un de ses stages, elle s'est posé beaucoup de questions et que si sa famille n'avait pas été là, elle aurait probablement arrêté.

(Discussion informelle le 1/03/17 avec Giuliana, 22 ans, mère : assistante familiale, père : ouvrier agricole et Justine, 21 ans, mère : agent d'accueil sécurité, père : contrôleur peinture)

Lors d'une discussion informelle dans une sphère privée, ces dernières évoquent des périodes particulièrement difficiles. Les comportements de harcèlement ou le poids des dysfonctionnements de l'encadrement des stagiaires ne sont pas à occulter. Les étudiantes enquêtées sont d'ailleurs les premières à en faire part.

« Il y a selon moi un gros problème de société concernant l'encadrement des stagiaires infirmiers. Nombreux sont en grande souffrance psychique ! L'heure est grave ! Il y a clairement des cas de maltraitance et de harcèlement de la part de certains soignants envers les élèves infirmiers. »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Chenier, 29 ans, mère : hôtesses d'accueil, père : agent de fabrication dans l'industrie automobile)

« Harcèlements en stage assez présents qui peuvent remettre en question notre formation. »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 21 ans, mère : employée, père : professeur des écoles)

« Formation que je n'aurais sans doute pas choisie si j'avais su [...] les maltraitances envers les étudiants et les patients (certaines pratiques). Encore un peu d'espérance que l'hôpital change. »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiant en 3^e année, Gravel, 22 ans, mère : maître nageuse, père : responsable de la réalité virtuelle en entreprise)

Elles sont plusieurs à dénoncer les agissements des infirmières lors des stages notamment. Si les observations n'ont pas permis d'identifier ces comportements et de corroborer ces propos, on peut aisément penser que ma présence a eu un impact sur cette réalité.

L'analyse du discours des étudiantes permet de saisir que les conditions de stage ne suffisent pas à rendre compte de l'ensemble des déterminants agissant sur le difficile vécu des étudiantes en soins infirmiers. Une formatrice l'explique clairement à ses collègues.

Gwladys poursuit en soulignant que par rapport à l'enquête de la FNEI sur le mal-être étudiant, ce qui est inquiétant c'est qu'ici, ce n'est pas en stage, mais à l'IFSI qu'ils sont dans ce mal-être d'après ce qui ressort.

(Discussion informelle avec les formatrices, le 5/12/17)

Les commentaires des étudiantes confirment un tel impact de la stylistique institutionnelle dans le façonnement de ce mal-être. Nina, étudiante en deuxième année, m'explique que l'IFSI aussi peut s'avérer compliqué à vivre :

Nina embraye sur le mal-être ressenti par les étudiants dans la formation. Elle me dit qu'elle est pressée de retourner en stage parce qu'elle n'aime pas les périodes en IFSI. Elle précise « *Il n'y a pas qu'en stage qu'il y a du mal-être. On parle souvent du mal-être des étudiants en stage, mais à*

l'IFSI aussi il y en a, peut-être même plus [...] On ne peut pas dire que je sois épanouie dans ma formation. Non, je ne dirais pas que je suis épanouie. »

(Observation, cours démarche de raisonnement éthique, le 9/03/17)

Ses propos suggèrent que les temps en institut sont aussi parfois source de malaise, un discours que tient également Flavia, alors étudiante en troisième année :

Elle m'explique ensuite qu'ils ont eu un temps de régulation avec le directeur et les formateurs référents de la 3^e année et qu'ils ont eu l'occasion de dire ce qui n'allait pas. Elle me décrit un climat très tendu où les élèves ont vraiment vidé leur sac. « On en avait marre de se taire. » Elle explique qu'ils ont encaissé pendant plusieurs années, mais que là ça fait trop.

(Discussion informelle le 5/12/17 avec Flavia, 3^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil).

Pour une part non négligeable donc, ce mal-être tient au fonctionnement de l'institution, notamment au principe de l'alternance qui les conduit à jongler entre différentes postures et à ne jamais se sentir complètement à l'aise. Elles sont nombreuses à évoquer cette expérience comme une situation d'entre-deux difficile à vivre. Lors d'un stage, Alexis, étudiant en fin de cursus reprend la comparaison avec la vie de marin pour illustrer cette idée. Il explique qu'il n'est à l'aise et ne se sent bien dans aucun lieu de formation : « *je suis comme un marin qui quitte son pays, jamais chez lui ni en stage ni à l'IFSI* »⁸¹. On le voit au travers de son discours, le fonctionnement en alternance façonne une certaine distance vis-à-vis de l'exercice professionnel et de la structure investie. Alison évoque elle aussi les difficultés suscitées par cette alternance en insistant sur la difficulté de posture que cela entraîne :

« Oh le rythme, il est insoutenable, il est insoutenable. On passe des cours aux stages, d'enseignements, après le fait d'apprendre, de mobiliser, et après de devoir le faire en partiels. Et puis après le partiel, on ne s'en rappelle pas. Euh. [...] C'est compliqué parce que, on passe quand même plusieurs semaines et puis plusieurs mois de cours et puis après on nous demande d'être hyperactif en stage donc euh... Le, le passage de, un peu asthénique, assis sur une chaise, et puis euh après hyperactif dans les services. Ouais, c'est quand même du taf. Faut, faut reprendre le rythme. Et puis après, la complexité, c'est de refaire l'inverse donc euh de l'hyperactivité à l'asthénie. Et puis en plus, déjà qu'on est crevé par le stage et bah on a, on suit encore moins en cours. »

(Entretien avec Alison le 31/05/17, 2^e année, 22 ans, mère : assistante familiale, père : chargé d'affaire)

Selon elle, une telle organisation est difficile à tenir et contribue à rendre éprouvante cette formation puisque les étudiantes doivent sans cesse passer d'une position passive à une position active. Une idée que Flavia défend également lors d'une de nos discussions informelles :

Flavia souligne ensuite la difficulté de revenir à l'école et d'être considérée comme une étudiante alors qu'en stage, elles sont perçues quasiment comme des professionnelles.

(Discussion informelle le 5/12/17 avec Flavia, 3^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

Les étudiantes sont ainsi nombreuses à mettre en avant l'impact de l'organisation et à souligner le façonnement d'une instabilité de posture particulièrement éprouvante.

⁸¹ Propos tenu par Alexis, 3^e année, 36 ans, mère : animatrice en maison de retraite, père : boulanger.

Mais, au-delà de ce principe, il apparaît que l'une des sources de tensions pour les étudiantes, c'est aussi le côté fortement contraignant de l'institution.

Une des étudiantes me dit qu'elle préférerait la « fac », que c'était plus libre, qu'elle pouvait travailler comme elle voulait, qu'elle y était « *moins fliquée* ».

(Observation, intercourts CM initiation à la recherche, le 7/02/17)

Angélique m'explique qu'elle ne se retrouve pas dans cet encadrement à l'IFSI. Le « flicage » l'agace. Elle compare l'IFSI au collège : « *J'ai l'impression de me retrouver au collège* ». Elle me dit qu'elle a déjà parlé avec les formatrices de ce sentiment. Elles lui ont rétorqué que certaines « jeunes » avaient besoin de ce « suivi », que certaines sont encore « bébés » selon elles. Pourtant Angélique ne partage pas ce sentiment. Elle dit qu'elle n'a jamais eu l'impression que cela était utile et ce, d'autant plus qu'elle dit que lors des travaux de groupe où cela pourrait éventuellement mal se passer, elles sont souvent mélangées –les plus jeunes se retrouvent avec des plus âgées– ce qui garantit selon elle une ambiance sérieuse.

(Discussion informelle le 14/02/17 avec Angélique, 31 ans,
mère : chargée de formation, père : informaticien)

Plusieurs étudiantes d'âge et de profils différents comparent l'IFSI au collège et parlent de « flicage » pour rendre compte du vécu du contexte institutionnel qui est le leur. Les étudiantes laissent apparaître un sentiment d'oppression et d'infantilisation qui est lié aux spécificités du fonctionnement de la formation en soins infirmiers.

« Ils te cadrent, mais d'une autre façon, en fait [dans les IUT bio]. Ils te considéraient plus comme si tu étais un adulte et euh, comme quand tu dois prendre tes responsabilités, alors qu'ici [en IFSI] c'est assez infantilisant finalement. Je me suis retrouvée ici, je me suis dit : Non, c'est pas une formation pour adultes en fait. [...] C'était vraiment très oppressant et au début, j'étais assez, pas révoltée d'un rien, mais j'avais beaucoup de mal à ce qu'on me dirige, à ce qu'on me donne des avis tout le temps. Enfin, parce que c'est vraiment réglant quoi. »

« Ici on nous... La prépa, c'est vraiment on te rentre dedans pour te rentrer dedans, pour tester ta résistance aux remarques et savoir comment tu vas réagir si, où à la confrontation avec toi et tout ça. Mais ici, c'était pas tant ça, c'était vraiment plus infantilisant. Là-bas, tu sais que c'est pour t'élever, pour te rendre fort quoi en gros. Ici, c'était pas du tout comme ça que je l'ai ressenti. C'était plus pour te soumettre à quelque chose plutôt que de te rendre un peu plus puissant quoi, voilà. »

(Entretien le 9/01/17 avec Emma, 3^e année, 23 ans,
mère : juriste, père : employé de banque, beau-père : cadre responsable qualité)

Comme le souligne cette étudiante qui est passée par différentes institutions d'enseignement (CPGE scientifique et IUT) avant d'intégrer l'IFSI, ces différents établissements n'ont pas la même vocation. Les effets ressentis de l'important cadrage institutionnel s'avèrent singuliers au sein de la formation en soins infirmiers. Pour elle, le poids du cadrage institutionnel et le travail de soumission qu'il opère sont plus patents. Plusieurs étudiantes vont dans ce sens et soulignent que, selon elles, la formation est un « formatage ».

« Il nous formate, c'est clair, il nous formate »

(Discussion informelle le 15/02/17 avec Flavia, 2^e année, 23 ans,
mère : secrétaire, père : hôte d'accueil,)

Tina évoque que ce qui la dérange c'est que les formatrices les « formatent », elle rappelle qu'elles leur ont annoncé dès le début de la formation qu'en tant qu'étudiantes débutantes, elles étaient comme ça et qu'elles allaient les amener à devenir d'une autre manière.

(Discussion informelle avec Tina, 20 ans, le 18/09/18)

Un tel cadrage institutionnel semble ainsi particulièrement source de tensions. Les étudiantes se montrent critiques à l'égard de l'institution et laissent entrevoir la déstabilisation que le discours et le fonctionnement institutionnel produisent.

Cependant, une telle réalité n'empêche pas, nous allons le voir, les étudiantes de s'approprier les différentes injonctions et de s'en faire le relais.

I.3.b L'appropriation des grands principes

Alors qu'on aurait pu penser au regard du discours tenu par les étudiantes que ces dernières allaient se montrer résistantes face au discours institutionnel, les observations et la passation des questionnaires révèlent qu'elles se saisissent au contraire des injonctions institutionnelles.

Tout d'abord, si elles dénoncent le flicage et la rigidité du fonctionnement au sein de l'IFSI, les étudiantes intériorisent progressivement les règles strictes de l'institution et s'en font le relais auprès de leurs pairs.

Astrid [une étudiante redoublante] se lève pour sortir de la salle. « *J'ai peur de me faire allumer, mais j'ai trop envie d'aller aux toilettes* ». Enrick lui demande pourquoi. Elle signale qu'ils n'ont pas le droit de quitter la salle en plein milieu du cours. Il rigole « *C'est vrai qu'il faut mieux se pisser dessus*. » Il s'excuse de ne pas être opérationnel et plaisante « *c'est l'effet massue* ». Il mange un truc. Clothilde le reprend. Elle lui signale qu'il n'a pas droit de le faire. Elle lui dit qu'elle s'est fait reprendre hier pour avoir mangé une banane pendant la pause.

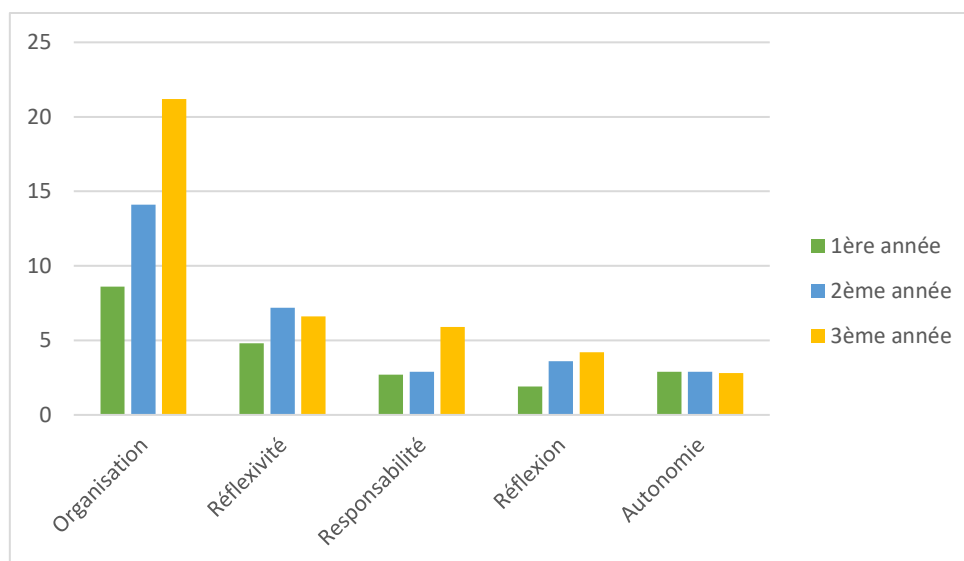
(Observation, 4^e jour de la semaine d'intégration, le 7/09/17)

Même lorsqu'elles sont en autonomie, sans surveillance, l'application des règles apparaît la norme. Les étudiantes qui transgressent les règles sont soit reprises soit soumises à un tiraillement interne. Une autre scène avec des deuxièmes années permet de corroborer ce constat. Au début de mes observations, alors que j'ignore encore les règles de fonctionnement de cette institution, je me prends un café pour emmener dans la salle et en propose un à deux autres étudiantes. Ces dernières refusent ma proposition et m'expliquent à plusieurs reprises que c'est interdit. Mon café étant passé, je décide de transgresser cette règle, mais d'autres étudiantes me rappellent très vite à l'ordre, ce qui me pousse alors à boire d'un trait mon café. Quand je leur demande si cela n'arrive jamais qu'elles boivent lors des cours, elles

m'expliquent qu'elles se permettent uniquement de boire de l'eau. Mes observations au sein de l'institut révéleront d'ailleurs que les transgressions à cette règle, même dans le cas de travaux en autonomie, sont extrêmement rares.

Au-delà de l'intériorisation des règles de fonctionnement et de la soumission à ces dernières, il apparaît que les étudiantes s'approprient pour une large part les savoirs mis en évidence précédemment. Si elles ne mentionnent que peu souvent directement l'autonomie (2,9 %) et la responsabilité (3,7 %) comme compétences développées au cours de leur cursus⁸², elles sont un nombre non négligeable à citer des compétences associées. Une étudiante sur sept (14,1 %) met en avant l'acquisition de l'organisation. Il s'agit de l'une des deux compétences les plus fréquemment citées, juste derrière l'écoute. Elles sont également 6,1 % à citer la réflexivité. La comparaison des résultats par année de formation permet d'entrevoir que l'avancement dans la formation accroît cette tendance.

Graphique 22 : Compétences que les étudiantes estiment avoir développé au cours de leur formation (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 à 4 IFSI d'un même département.
Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.
Note de lecture : Il y a 21,2 % des étudiantes en fin de formation qui déclare avoir développé l'organisation au cours de leur cursus.

Les croisements de variables significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 permettent de révéler des différences probantes. Les troisièmes années sont plus nombreuses que les premières à invoquer l'organisation, la réflexivité, la réflexion et la responsabilité. En

⁸² Les chiffres de ce paragraphe sont issus de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiants et étudiantes du département.

fin de cursus, l'organisation devient d'ailleurs la compétence développée la plus fréquemment citée. Plus d'une étudiante sur cinq (21,2%) déclare avoir entretenu cette compétence. La part d'étudiantes citant la responsabilité double également entre le début et la fin du cursus. De tels résultats suggèrent que ces deux compétences sont largement cultivées dans ce cursus.

La discussion autour du film documentaire *De chaque instant* de N. Philibert (2018) qui présente la réalité des études d'infirmières permet de voir que les étudiantes apprennent à percevoir ce type de compétences comme central. Lorsque cette dimension n'est pas mise en avant, les étudiantes relèvent son absence.

11h05 : Gwenaëlle [formatrice] leur demande ce qu'elles ont pensé de la présentation des stages. Suzon [formatrice] sollicite Théo. Il a trouvé que le film « *représente pas mal les situations de stages* ». Il souligne cependant que « *par rapport à la formation elle-même, il ne présente pas assez les responsabilités qu'ils peuvent avoir par moment.* » « *Dans le stage, ils n'ont pas beaucoup appuyé là-dessus. Ils ont peut-être pas assez évoqué le fait que si on fait une erreur, ça peut être dangereux.* » Océane partage ce point de vue.

(Observation, retour collectif sur le film *De chaque instant*, le 10/09/18)

Lors du retour collectif sur le film en présence des formatrices, la responsabilité est le premier élément qu'elles pointent. La remarque attenante traduit bien la place que les étudiantes accordent à cette dimension, ou du moins atteste de l'importance que cette compétence revêt au regard de l'institution. Il est en effet possible de penser que la mise en évidence de cette absence relève moins d'un attachement étudiant à cette dimension qu'à la conscientisation de leur part du caractère central qu'elle a pour les formatrices.

Si ces données révèlent une tendance générale à l'intériorisation du discours institutionnel, nous allons le voir dans la suite du développement, le parcours antérieur se révèle un déterminant clivant de cette appropriation.

I.3.c Un parcours antérieur déterminant

L'appropriation des injonctions d'autonomie et d'implication va être ici envisagée à partir de l'étude de la manière d'être étudiante au sein de cette formation.

Les observations conduites en IFSI révèlent qu'en fonction de leur parcours antérieur, les étudiantes investissent plus ou moins l'injonction à être des étudiantes actrices de leur formation. Elles n'adoptent pas les mêmes comportements en cours et investissent différemment les enseignements en fonction de leur profil scolaire alors qu'elles sont confrontées aux mêmes exigences de formation (rapport au temps, aux pairs et aux enseignants

et enseignantes)⁸³. Les étudiantes adoptent des pratiques de travail fortement liées à leurs « habitudes d'apprenantes » constituées au cours de leur scolarité antérieure. L'observation directe et le relevé systématique d'un certain nombre d'actions (nombre de questions posées, nombre d'interventions d'étudiantes) ou encore le comptage précis de certaines situations (types d'exercices proposés, nombre d'étudiantes inattentives) permettent d'objectiver les inégalités d'investissement des étudiantes en IFSI dans les tâches demandées. Le recours à cette grille méthodologique fortement mobilisée en sociologie du travail dans l'étude des pratiques de travail formelles et informelles des ouvriers (Peneff, 1995 ; Roy, 2006) permet d'étayer l'analyse de l'intensité du travail étudiant, des modalités de leur engagement (individuel ou collectif), du respect des normes ou encore de l'appropriation des consignes (Bonnéry, 2007). Une telle approche permet de creuser le lien entre les dispositions scolaires et cognitives acquises dans l'enseignement secondaire et les variations dans les pratiques de travail en IFSI et les rapports des étudiants et étudiantes à ce travail (Millet, 2003).

Les divergences constatées concernent en premier lieu les attitudes en cours, les comportements, les manières de prendre la parole ou encore la relation aux enseignants et enseignantes (formatrices, intervenants et intervenantes extérieurs). Au sein de la classe, les étudiantes vont se montrer différemment impliquées en cours.

Des différences s'observent en premier lieu dans leur posture corporelle. Les aides-soignantes en formation d'infirmière sont plus statiques et moins sonores que les autres. Elles manifestent plus souvent une attitude de sérieux scolaire et se montrent plus impliquées dans le travail proposé par l'enseignante. Leur situation de reprise d'étude contribue probablement de manière non négligeable à expliquer ce comportement. Les enjeux ne sont pas les mêmes pour elles et pour les autres étudiantes. Elles doivent réinvestir l'espace scolaire, « *réapprendre à apprendre* » selon l'une d'elles, et n'envisagent pas de redoubler, car une partie bénéficie d'un financement Pôle emploi ou d'une situation de promotion professionnelle. Elles adoptent donc les règles du travail scolaire qui sont explicitées et investissent un mode de présence qui les rapproche du profil de la « bonne élève ». Ce sont des étudiantes qui prennent souvent des notes au même titre que les bachelières S.

⁸³ Les inégalités de pratiques qui vont être mises en évidence dans la partie qui suit ne peuvent être imputées à la seule origine sociale. Même si les élèves titulaires des différents baccalauréats viennent de milieux distincts, l'origine sociale n'est pas parfaitement homogène au sein de chaque filière du secondaire. L'hétérogénéité relative existant au sein de chaque voie laisse penser que les variations de comportements observées entre étudiantes des différentes filières ne sont pas seulement le fruit d'origines sociales distinctes. Parmi les étudiantes en soins infirmiers titulaires du baccalauréat S, on retrouve 37,5 % d'enfants de cadres et professions intellectuelles supérieures, 25 % d'ouvrières, 12,5 % sont issues de professions intermédiaires et une part similaire des étudiantes a un père employé. Elles sont également 12,5 % à avoir un père artisan, commerçant ou chef d'entreprise. Les titulaires du baccalauréat ST2S enquêtées sont 42,9 % à être issues des classes populaires et la même proportion à venir des professions intermédiaires. Par ailleurs, 14,3 % ont un père artisan, commerçant ou chef d'entreprise.

À l'inverse, les bachelières ST2S et ES sont plus passives en apparence. Même si elles écoutent le cours, elles prennent moins souvent des notes. Elles suivent le plus souvent ce que dit l'enseignant ou l'enseignante sur le diaporama qui se trouve sous leurs yeux, diaporama qu'elles ont soit imprimé sous format papier, soit projeté sur leur propre ordinateur.

Le fonctionnement pédagogique auquel les étudiantes ont été confrontées au cours de leur scolarité antérieure peut expliquer ces divergences de pratiques⁸⁴. Peu habituées aux cours rapides et dictés contrairement aux S, les anciennes élèves de ST2S ont peut-être aussi plus de mal à mobiliser la prise de notes que ces dernières. Une partie non négligeable des traces de cours en ST2S se fait en effet sous forme de documents dactylographiés distribués par l'enseignant ou l'enseignante.

La prise de parole s'avère également liée au cursus secondaire suivi : les étudiantes vont investir différemment l'espace de parole. Si les interventions se font essentiellement de manière spontanée – 83 % de la participation sur un mois de cours prend cette forme –, il n'en demeure pas moins des différences de mobilisation dans la prise de parole à main levée. Les aides-soignantes et les bachelières ST2S représentent respectivement 50 % et 37 % des étudiantes qui parlent en levant la main alors que les bachelières S, familiarisées avec la prise de parole spontanée, mobilisent moins cette modalité de prise de parole. Les étudiantes semblent avoir intériorisé un type d'interventions légitime qu'elles réinvestissent dans leurs études supérieures.

Toutes n'interviennent d'ailleurs pas avec la même fréquence lors des enseignements. Là encore, l'effet des filières scolaires antérieures est perceptible. L'espace de la parole est caractérisé par une monopolisation des interventions par les anciennes aides-soignantes. Si l'on considère le nombre moyen de prises de parole par cours, quelles que soient les modalités, on constate que ces dernières interviennent en moyenne 35 fois par séance, quatre fois plus que les bachelières ST2S et quasiment six fois plus que les bachelières S.

⁸⁴ L'ensemble de ce développement est une version remaniée d'un article reposant à la fois sur mon mémoire de master et sur l'enquête menée dans le cadre de la thèse. (Lermusiaux, 2016, 2020) L'enquête conduite dans le cadre de mon master 2 au sein de la filière technologique ST2S et de la filière générale S m'a permis d'identifier les « matrices disciplinaires » (Millet, 2003) des deux filières les plus suivies dans l'enseignement secondaire par les étudiantes en soins infirmiers et d'identifier des exigences distinctes en matière de temporalité, de comportements en classe ou de dispositions cognitives valorisées, attestant ainsi que les étudiantes en soins infirmiers ont été préparées différemment au cours de leur cursus secondaire à entrer dans le « métier d'étudiante » (Coulon, 2005). Ces constats ont été établis à partir d'observations conduites au sein des cours de SVT (travaux pratiques [TP] + cours) en S, de cours de Biologie et psychopathologie humaines [BPH] et de Sciences et techniques sanitaires et sociales [STSS] en ST2S ainsi qu'à l'aide d'entretiens. Les exercices proposés ainsi que la manière dont se déroulaient les cours ont fait l'objet d'une attention particulière dans l'optique d'identifier les différents modes de fonctionnement pédagogique et les éléments transmis aux élèves. L'idée était d'interroger les logiques structurantes des différentes matières pour rendre compte plus précisément des exigences et des attentes de chaque filière, les exercices soumis aux élèves ont fait l'objet d'un traitement statistique qui s'appuyait sur la méthode proposée par J. Ayala et E. Roditi (2014).

Tableau 14 : Nombre moyen d'interventions par cours en fonction du parcours scolaire antérieur (en %)

AS	34,8
ST2S	8,4
S	6,2
ES	3,8
L	2,5
Autres	44,5
TOTAL	13,9

Sources : Observation d'une promotion de 2^e année dans un IFSI.

Champs : Ensemble des cours du mois de septembre 2018.

Note de lecture : En moyenne, les bachelières S interviennent 6,2 fois par cours, quelles que soient les modalités de prise de parole.

La monopolisation par les aides-soignantes de l'espace de parole peut être envisagée comme le résultat de l'inculcation d'une forme de travail étudiant qui leur a été transmise dans leur formation. Lors d'une discussion informelle, une formatrice souligne que, dans le cursus préparant à cette activité professionnelle, l'expression orale est très importante et qu'elle prend le plus souvent une forme spontanée. Les anciennes aides-soignantes conçoivent d'ailleurs le métier d'étudiante uniquement sous cette forme active :

« Si t'es là, que tu participes pas, c'est comme si tu n'étais pas là. Ça ne sert à rien ».

(Propos tenus par Anne, ancienne aide-soignante, le 5/09/18)

L'investissement dans le « réseau principal de communication » (Depoilly, 2018) apparaît lié aux habitudes de travail constituées au cours de la scolarité secondaire. Les anciennes élèves de ST2S et de formations aides-soignantes habituées aux cours participatifs se montrent plus loquaces que celles issues de la filière S dans laquelle peu de temps est laissé aux interventions.

La manière de solliciter le professeur ou la professeure apparaît également comme un comportement qui les distingue. Alors que les bachelières ST2S et les anciennes aides-soignantes n'hésitent pas à poser des questions, à aller demander de l'aide ou des précisions, les S interpellent moins souvent les enseignants et enseignantes.

Tableau 15 : Nombre moyen de questions posées par les étudiantes par cours en fonction du parcours scolaire antérieur (en %)

AS	4,6
ST2S	2,9
S	1,8
ES	1
L	1
Autres	7,5
TOTAL	2,7

Sources : Observation d'une promotion de 2^e année dans un IFSI.

Champs : Ensemble des cours du mois de septembre 2018.

Note de lecture : Les bachelières ES posent en moyenne une question par cours.

En moyenne, les anciennes aides-soignantes posent près de cinq questions par cours, deux fois plus que les bachelières ST2S. Les étudiantes issues de S sont moins nombreuses encore à se livrer à ce type d'interventions puisqu'elles posent moins de deux questions par cours. Lorsqu'elles ne comprennent pas une consigne ou un énoncé, les étudiantes n'agissent pas de la même manière, comme le suggère cet épisode :

16 h 05 : Une ST2S se demande s'ils font le bon exercice. [...] Les deux étudiantes de S ne savent pas plus, mais elles continuent d'échanger autour de ce qu'elles ont trouvé [...]. Une autre étudiante de ST2S propose d'aller demander à la formatrice si elles vont dans la bonne direction. Cette dernière n'est pas disponible. L'étudiante de ST2S qui avait un doute se décide à aller dans un autre groupe pour voir comment ils font. Les deux étudiantes de S ne savent pas quoi chercher, mais n'ont pas été rechercher d'aide ailleurs.

(Observation, TD Histoire de la profession, travail de groupe, le 12/09/18).

Alors que les bachelières ST2S vont solliciter l'aide du professeur ou de la professeure et des autres groupes, les élèves de S ont tendance à gérer seules la difficulté. Les étudiantes issues de ST2S, qui ont été socialisées à une logique de l'entraide et à des prises de parole interrogatives, mobilisent davantage que les autres ces comportements dans l'enseignement supérieur. À l'inverse, les étudiantes issues de S, qui ont été confrontées à une ambiance de compétition et à un temps de l'urgence usent moins des sollicitations d'aide et préfèrent travailler individuellement. Les dispositions développées en S et en ST2S n'apparaissent donc pas sans lien avec les attitudes que les étudiantes adoptent ensuite dans l'enseignement supérieur.

À ces différentes manières d'être en classe viennent s'ajouter des divergences d'appropriation et d'investissement en fonction des types de cours. Au sein de la formation en soins infirmiers, il existe différents enseignements, mais aussi différents types d'enseignants et enseignantes. Les cours peuvent être dispensés soit par des « formatrices » qui sont des cadres de santé soit par des intervenants et intervenantes venant de l'extérieur, universitaires ou professionnels et professionnelles (médecins, psychologues, sociologues, pharmacologues, etc.) Ces derniers dispensent le plus souvent des cours théoriques en adoptant une pédagogie plutôt frontale. À l'inverse, les cours assurés par les formatrices mettent plutôt en œuvre une pédagogie active et des dispositifs pédagogiques horizontaux (Vaquero, 2019).

Dans les cours théoriques, les savoirs transmis sont denses, la plupart du temps non liés à des situations concrètes et délivrés sur un mode rapide. Les bachelières les moins dotées en capital scolaire (les étudiantes issues de ST2S, les anciennes aides-soignantes et les bachelières professionnelles) sont celles qui sont les plus désinvesties de ce type de cours. L'observation de la prise de parole révèle que, si les bachelières issues d'un baccalauréat général ne semblent pas modifier leur comportement, les anciennes aides-soignantes et les bachelières professionnelles, elles, diminuent fortement leurs interventions lors de ces cours. Cette

diminution de la participation peut être liée à des différences de pédagogie : les cours théoriques laissent en effet moins de place à la prise de parole des étudiantes. Cependant, il n'en demeure pas moins que les étudiantes les moins dotées scolairement sont celles qui manifestent le moins d'intérêt pour ces cours. Les bachelières ST2S sont les plus nombreuses à adopter des activités parallèles et à bavarder. En moyenne, elles sont sept à être inattentives dans ces enseignements contre cinq S et trois anciennes aides-soignantes. Si l'on regarde du côté de l'absentéisme, elles sont un tiers en moyenne à sécher la biologie contre seulement 10 % des S. Ces dernières sont plus nombreuses à prendre des notes et paraissent plus actives. À la fin de l'heure, il ne reste souvent que des bachelières S en posture d'écoute. La familiarité avec ce type de cours rapides et frontaux lors de leur scolarité antérieure explique en partie pourquoi les bachelières S sont plus à l'aise avec ce type d'enseignement, et pourquoi les ST2S qui n'y ont pas été habituées éprouvent plus de difficultés à les suivre, et ce d'autant plus que ces cours laissent peu de place à la participation étudiante.

Tableau 16 : Nombre moyen d'étudiantes inattentives par cours en fonction du parcours scolaire antérieur (en %)

	Cours théoriques avec pédagogie frontale	Cours participatif avec pédagogie active
AS	3	1
ST2S	7	2
S	5	4
ES	3	3
L	1	2
Autres	2	0

Sources : Observation d'une promotion de 2^e année dans un IFSI.

Champs : Ensemble des cours du mois de septembre 2018.

Note de lecture : En moyenne, sept étudiantes de ST2S adoptent une posture inattentive (bavardage ou activité parallèle) lors des cours qui mettent en œuvre une pédagogie frontale.

À l'inverse, dans les cours où une pédagogie active est mise en œuvre, ce sont les anciennes aides-soignantes et dans une moindre mesure les bachelières ST2S qui sont les principales actrices. Les bachelières S sont cette fois plus souvent inattentives que les autres étudiantes. Leur implication plus faible est cependant moins liée à un changement de leur part qu'à une évolution du comportement des bachelières les moins dotées scolairement. Alors que, la part de bachelières S inattentives est relativement stable, quel que soit le type de cours, celle de ST2S et des aides-soignantes fait plus que doubler dans les enseignements frontaux. Les bachelières issues d'un baccalauréat général sont *in fine* tout de même les plus inattentives et celles qui interviennent le moins dans les cours mettant en œuvre une pédagogie active. En moyenne, elles sont deux fois plus nombreuses que les bachelières ST2S à ne pas écouter. Ces cours, le plus souvent dispensés par les formatrices de l'IFSI mettent beaucoup à contribution les étudiantes : forte sollicitation de la classe pour répondre à des questions et petits exercices

avec restitution immédiate pour produire la connaissance qui va nourrir le cours. La structure même de ces cours permet aux bachelières ST2S de réinvestir une pratique courante de leur scolarisation antérieure.

Tableau 17 : Nombre moyen d'interventions par cours en fonction du parcours scolaire antérieur et du type de cours (en %)

	Cours théoriques avec pédagogie frontale	Cours participatif avec pédagogie active
AS	5,6	16,4
ST2S	3,2	2,8
S	2,1	1,7
ES	0,8	1,6
L	0,5	0
Autres	8,5	19

Sources : Observation d'une promotion de 2^e année dans un IFSI.

Champs : Ensemble des cours du mois de septembre 2018.

Note de lecture : Les bachelières S interviennent en moyenne 3,2 fois lors des cours mettant en œuvre une pédagogie frontale.

Lors des situations de travaux de groupe, les bachelières ST2S et dans une moindre mesure les aides-soignantes sont celles qui montrent l'investissement le plus important. Si de prime abord toutes se mettent au travail au début de l'exercice, on constate que les S sont toujours les premières à décrocher et à initier des activités parallèles. À l'inverse, les bachelières ST2S sont les premières à s'impliquer dans la tâche : elles mènent le travail de groupe et/ou adoptent des rôles comme secrétaire, distributrice de paroles, etc. L'investissement important qu'elles manifestent lors des travaux de groupe ou dans les cas de pédagogie active renvoie à la familiarité construite au cours de leur scolarité antérieure.

Lors des temps de restitution des connaissances, des différences d'investissement apparaissent également. Lorsque les étudiantes doivent faire un point sur leurs savoirs à l'aide de questions qui visent à leur faire restituer des savoirs de manière argumentée, ce sont souvent les bachelières S et ES les plus à l'aise et les plus investies :

Elles essayent de répondre à la question sur les deux types d'immunité. Une S propose : « adaptative » ou « innée ». Les autres valident. [...] L'étudiante AS commente : « *Moi, je suis noyée* », une ES déclare que c'est pareil pour elle. [...] La S lit ce qui se passe pour la seconde phase. Il y a plusieurs termes techniques. L'étudiante de ES jette un œil à l'AS qui elle-même me regarde et me fait signe que c'est compliqué. L'étudiante de S synthétise. [...] À la fin de la question, l'étudiante ST2S commente : « *On a fini cette question, ce chinois ?* »

11h23 : Elle passe à la dernière question. L'étudiante de S explique ce qu'elle pense sur ce qui produit la fièvre. Celle de ST2S lui dit que c'était très bien, mais qu'il faut qu'elle fasse des phrases parce qu'elle est incapable de le restituer.

(Observation, TD révisions, processus infectieux, le 5/09/18).

Les bachelières ST2S et les anciennes aides-soignantes ont plus de mal à restituer leurs connaissances. En outre, on constate aussi que les bachelières S sont plus nombreuses à envisager ce travail seul quand le choix leur est laissé.

Pendant le partage des résultats en classe, les bachelières ST2S et les anciennes aides-soignantes prennent le relais. Elles participent fortement. Les aides-soignantes interviennent près de 13 fois en moyenne lors de ces temps de cours contre seulement trois pour les ST2S et moins de deux fois pour les bachelières S, ES et L.

Tableau 18 : Nombre moyen d'interventions lors des temps de restitution des connaissances en fonction du parcours scolaire antérieur (en %)

AS	12,8
ST2S	2,9
S	1,7
ES	1,2
L	0,5
Autres	12
TOTAL	4,8

Sources : Observation d'une promotion de 2^e année dans un IFSI.

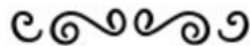
Champs : Ensemble des cours du mois de septembre 2018.

Note de lecture : En moyenne, les bachelières S interviennent 1,7 fois lors des temps de restitution de connaissances.

Les bachelières ST2S se révèlent particulièrement investies lors des restitutions de connaissances à la classe et peu dans les tâches de production de connaissances. Elles sont plus à l'aise et plus impliquées dans les études de cas et les cours rattachés à des situations concrètes. Une fois encore, la socialisation antérieure semble pouvoir en partie expliquer les comportements et attitudes des étudiantes.

Ainsi, en fonction du type de cours et des exercices demandés, les étudiantes ne vont pas s'investir de la même manière. L'approche des étudiantes et leurs pratiques de travail apparaissent en partie liés à leurs « habitudes d'apprenantes ». Les étudiantes mettent en œuvre principalement les comportements valorisés dans leur formation antérieure et se montrent plus impliquées dans les types de cours auxquels elles ont été confrontées auparavant. En fonction de leur parcours antérieur, elles investissent plus ou moins les différents formats d'enseignements qui leur sont proposés. Les bachelières technologiques et les anciennes aides-soignantes font preuve d'une participation orale soutenue et d'une sollicitation régulière des enseignantes, notamment dans le cadre des travaux pratiques ou dirigés dispensés par les formatrices. Le fort encadrement temporel, la valorisation du caractère actif des étudiantes, l'importance du travail de groupe ou encore l'entretien d'une dynamique de coopération à l'œuvre dans ce type d'enseignements constituent des modalités d'apprentissage qui se révèlent ajustées à leurs façons d'apprendre. Pour leur part, les bachelières scientifiques se saisissent davantage des formats d'apprentissages plus descendants, dans le cadre d'enseignements théoriques dispensés par des universitaires ou des médecins. Ces configurations pédagogiques, où la place de l'écrit et de la réflexivité est bien plus importante, entrent davantage en résonance avec leurs habitudes de travail scolaire.

Ces résultats montrent qu'il existe une grande variété de réponses aux injonctions qui leur sont faites. D'une part, les observations révèlent qu'en fonction de leur cursus antérieur, les étudiantes investissent les situations d'apprentissage de manière distincte. Il ne s'agit pas dans ce cas de dire que certaines sont plus ou moins autonomes que d'autres, mais plutôt de souligner qu'elles investissent des modalités différentes d'autonomie et d'implication. Cependant, les types de situations font varier leur degré d'investissement et d'autonomie. La matrice disciplinaire de cette formation, loin d'être parfaitement homogène, contribue ainsi à expliquer pour partie que des étudiantes d'origine scolaire, mais aussi sociale différentes se retrouvent dans cette formation et s'y retrouvent.



Ce premier chapitre permet donc de voir que l'IFSI dans lequel les futures infirmières passent une partie de leur formation est une institution encadrante qui impose aux étudiantes un cadre strict et une surveillance étroite, tout en valorisant paradoxalement l'autonomie et la responsabilité et en poussant les étudiantes à adopter une posture active.

Ces résultats viennent remettre en cause la vision encore aujourd'hui largement partagée de l'infirmière subordonnée aux médecins. Cette formation ne prépare plus uniquement les étudiantes à endosser une position d'exécution. Si ces dernières sont soumises à des contraintes extérieures fortes qu'elles apprennent à respecter, elles sont également conduites à activer une posture de travailleuses responsables et autonomes, notamment via le développement de savoirs liés à la planification du travail et à la réflexivité. Cette formation cherche ainsi à produire des étudiantes réflexives, capables d'administrer seules leurs tâches, mais aussi capables de se sentir *responsables* de leurs activités tout en étant respectueuses à l'égard des contraintes extérieures.

La confrontation à cette stylistique institutionnelle est difficile à vivre pour les étudiantes et occasionne chez certaines des troubles de santé, mais également des perturbations de leur mode de vie. Une grande partie d'entre elles s'approprie tout de même ces injonctions, mais leur trajectoire antérieure, notamment scolaire, influence leur appropriation de ces savoirs. L'enquête à montrer qu'en fonction de leur cursus antérieur, qui est intrinsèquement liée à leur origine sociale rappelons-le, les étudiantes s'en saisissent différemment et dans différentes

situations. Alors que celles qui ont été dans une filière générale s'impliquent davantage par l'écrit et sur un mode individuel, celles qui sont passées par une voie technologique et qui ont côtoyé la formation des aides-soignantes manifestent davantage une participation collective et orale. Ces dernières paraissent plus actives dans les situations où elles sont sollicitées et où elles ont à travailler en groupe alors que leurs homologues se montrent particulièrement présentes dans des situations où la mobilisation des savoirs théoriques est dense et dans des situations de recherche. Des constats qui montrent que les habitudes d'apprenantes qu'elles se sont constituées par le passé influencent leur manière de s'approprier les injonctions de cette institution professionnalisante.

L'étude du parcours scolaire antérieur apparaît donc comme un élément à ne pas négliger lorsque l'on souhaite saisir la socialisation de futures professionnelles. Cette étude laisse en effet présager qu'en fonction de leur parcours antérieure, les futures infirmières vont répondre aux injonctions qui leur sont faites différemment. Ces résultats suggèrent ainsi également qu'il n'existe pas une seule façon de répondre aux injonctions qui leur sont faites. Autrement dit, il n'y a pas une seule façon pour ces étudiantes d'être autonome dans leur travail et de se montrer impliquées. Or, nous allons le voir dans le chapitre suivant, un tel constat ne s'applique pas uniquement à l'autonomie et à la responsabilité.

Chapitre II :

Le triptyque des savoirs

Dans la continuité de plusieurs travaux sociologiques (Depoilly, 2014 ; Palheta, 2012 ; Skeggs, 2014), il s'agit à présent d'explorer le rôle joué par une instance de socialisation secondaire dans la construction d'un rapport aux savoirs et au monde et de questionner l'impact des institutions d'enseignement dans la construction d'une socialisation genrée (De Boissieu, 2007 ; Felouzis, 1993 ; Marro, 1995 ; Mosconi, 2001).

Il reste en effet difficile à cette étape du raisonnement de dire si la formation entretient toujours actuellement une fonction d'éducation des femmes (Knibiehler, 1984), c'est pourquoi ce nouveau chapitre se propose de rendre compte des savoirs transmis aux infirmières en se centrant notamment sur le curriculum de cette formation. *Les savoirs transmis renvoient-ils encore et seulement aujourd'hui à une « maternité symbolique » (Muel-Dreyfus, 1996), c'est-à-dire à des dispositions traditionnellement attribuées aux femmes ?*

Le rapport aux savoirs de la formation est appréhendé ici, non pas en se plaçant du point de vue des étudiantes comme l'ont fait H. Becker (1977) et R.K. Merton (1957) dans leurs travaux sur les études de médecine, mais en adoptant le point de vue de l'institution. Ce parti pris implique de rendre compte de la définition officielle donnée à la transmission des savoirs, c'est-à-dire de s'intéresser au discours de l'institution, à la présentation de ces savoirs, mais aussi aux attentes afin de révéler ce que devenir infirmière veut dire aujourd'hui aux yeux de l'institution. En outre, il suppose de questionner le processus de transmission en lui-même à l'instar de ce que fait G. Bloy (2005) dans ses recherches sur les études de médecine, différents points sur lesquels l'analyse va revenir.

Avant de s'y atteler, il est une caractéristique de cette formation qu'il est important de souligner : la diversité et l'éclectisme des savoirs transmis que défend cette formation. L'étude du référentiel et les observations menées dans le cadre de ma recherche révèlent en effet que ce qui est attendu dans ce cursus, ce sont tout autant des savoir-faire, des savoir-être que des connaissances théoriques :

« L'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences ».

(Berger-Levrault, 2015, p.44)

Cette exigence directement explicitée dans le référentiel se trouve largement relayée par les formatrices en début de formation :

Romane [formatrice] précise que dans la formation infirmière, elles ne sont pas que dans l'évaluation de connaissances. Il y a d'autres styles d'évaluation.

(Observation, 3^e jour de la semaine d'intégration, le 6/09/17)

« Il y a un attendu autant de savoirs que de savoir-faire, savoirs comportementaux. »

(Propos tenus par Gwenaëlle, formatrice, lors d'un cours de présentation de la compétence 3, le 12/09/17)

Gwenaëlle, la formatrice, insiste sur le fait qu'elles devront toujours agir selon certaines valeurs : *« On appelle ça les savoirs comportementaux, le savoir-être. Bien entendu il y a une exigence quand on est soignant, quand on est infirmier [...] Vous allez être évalués là-dessus. Le prendre soin, l'empathie, la confiance. »*

(Observation, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/17)

Les formatrices insistent sur le fait qu'en plus des connaissances, les enseignements dispensés visent l'acquisition de savoirs qu'ils nomment « savoirs comportementaux », ce qui suggère qu'il s'agit de développer à la fois des comportements et des attitudes (P. Kergoat, 2001). Dans la formation en soins infirmiers, comme dans beaucoup de formations techniques et professionnelles (Kergoat, 2001 ; Monchatre, 2007), l'acquisition de valeurs et de comportements est tout aussi indispensable que les connaissances qui sont transmises. Dès lors, il convient dans l'étude conduite ici de s'interroger sur la transmission des savoirs au sens large. Quelles connaissances, mais également quels « savoirs comportementaux » sont valorisés aujourd'hui dans la formation en soins infirmiers ?

Comme par le passé, une partie de ce cursus véhicule des savoirs interactionnels et liés au prendre soin (I). Néanmoins, ces dimensions ne constituent qu'un volet du rapport au savoir entretenu. Les étudiantes se trouvent également familiarisées avec une culture scientifique⁸⁵ (Perronet, 2017) (II), et amenées à s'approprier une « culture technique » (III). Cette formation paramédicale conduit ainsi aujourd'hui celles qui la suivent à intégrer des champs supposés masculins (Baudelot & Establet, 1992 ; Bourdieu, 1998), une réalité qui montre que cette institution d'enseignement cultive en fait des savoirs et des dispositions qui dépassent les

⁸⁵ La culture scientifique est ici entendue comme désignant les connaissances scientifiques, mais également un ensemble de compétences et de pratiques telles que la familiarisation avec la démarche de recherche (cf. Introduction).

contours traditionnels du genre. Elle ne se contente plus aujourd'hui de cantonner celles qui la suivent aux soins, comme le font encore certaines formations féminisées (Depoilly, 2014 : Skeggs, 2014). L'IFSI promeut plutôt une vision ingénierisée de l'infirmière. Le hiatus établi entre femmes, sciences et technique se trouve ainsi questionné.

II.1 L'éthique du care, panneau central de la transmission des savoirs

Conformément aux « légendes » sur cette formation, les étudiantes infirmières se voient inculquer une éthique interactionnelle⁸⁶ qui cultive tout autant les dispositions que les activités liées au prendre soin et au souci des autres. En adéquation avec l'idéalisation philanthropique de cette activité professionnelle, la formation en soins infirmiers est une institution d'enseignement qui (re)produit une « éthique du *care* », à l'instar de ce qu'a pu constater B. Skeggs (2014) pour la formation des métiers d'aides à la personne en Grande-Bretagne.

L'analyse qui suit va identifier les savoirs transmis pour expliciter la manière dont ces dispositions sont véhiculées. Dans cette perspective, elle porte non seulement la nature des injonctions institutionnelles, mais aussi les modalités pratiques de transmission à l'œuvre dans cette formation.

II.1.a Soin et éthique interactionnelle, deux dimensions structurantes de la formation des infirmières

L'étude du référentiel et les observations conduites en IFSI montrent que cette formation accorde une place centrale à l'accompagnement des patients et à la médiation, à l'image de ce qu'a pu observer A. Olivier (2018) dans les formations d'assistants et assistantes de service social et de sages-femmes. Les savoirs liés aux interactions d'une part et au soin de l'autre apparaissent aujourd'hui encore structurantes dans la formation que reçoivent les infirmières.

Comme dans la plupart des formations paramédicales, l'injonction à une éthique interactionnelle est inscrite directement dans le référentiel de formation.

⁸⁶ À l'instar de ce que proposent M. Cartier et M-H. Lechien (2012), le choix a été fait de parler de dimension interactionnelle plutôt que de dimension relationnelle afin d'éviter l'écueil d'une réification de la nature supposée féminine de ce type de dispositions, mais aussi pour prendre de la distance par rapport au discours des enquêtées et pour rester attentive aux pratiques informelles du travail infirmier.

Tableau 19 : Extrait des référentiels de compétences et de formations paramédicales

Ergothérapeute	« L'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités <u>relationnelles</u> . » « Compétence 6 : Conduire une <u>relation</u> dans un contexte d'intervention en ergothérapie. »
Manipulateur manipulateur radio	« Compétence 6 : Conduire une relation avec la personne soignée »
Masseur, masseuse kinésithérapeute	« Compétence 5 : Établir et entretenir une <u>relation</u> et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie. » « Les compétences <u>relationnelles</u> du masseur-kinésithérapeute sont identifiées au travers de la prise en compte de la spécificité du patient, de la mise en place d'une communication adaptée, de la qualité d'écoute (attentive, neutre et bienveillante) et de la recherche d'expression du patient. »
Pédicure podologue	« L'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. » « Compétence 5 : communiquer et conduire une <u>relation</u> dans un contexte d'intervention. » L'un des objectifs de la formation clinique est de « centrer son écoute sur la personne soignée et de proposer des interventions de qualités ».
Psychomotricien Psychomotricienne	« Savoir-faire n°3 : Conduire une <u>relation</u> dans un contexte d'intervention en psychomotricité. »
Orthophoniste	« Compétence 4 : Établir et entretenir une <u>relation</u> thérapeutique dans un contexte d'intervention orthophonique. » « Différentes épreuves, dont des épreuves psychotechniques évaluent les aptitudes <u>relationnelles</u> permettant l'acquisition des connaissances et des compétences professionnelles des orthophonistes. »

La dimension interactionnelle est érigée unanimement dans ce type de formation comme une compétence à acquérir. Celle qui se prépare au travail infirmier ne déroge pas à cette tendance, comme le rappelle le Code de la santé publique :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. »

(Art.R.4311-2 Code de la santé publique).

Une telle perspective pédagogique figure explicitement dans la description des objectifs de la formation. Cette dernière vise, selon les termes que l'on peut lire dans le programme, le développement de « *ressources relationnelles* ». Plusieurs aptitudes de médiation sont également mentionnées dans le référentiel de compétences : « *Compétence 3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens* », « *Compétence 6 : communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* », « *Compétence 9. Organiser et coordonner des interventions soignantes* », « *Compétence 10. Informer et former des professionnel[le]s et des personnes en formation* ». Près de la moitié des compétences infirmières supposent donc la mise en œuvre de compétences interactionnelles. Comme le précise une des déclinaisons de la compétence 6, il est attendu des étudiantes qu'elles soient dans une posture d'écoute vis-à-vis des patients : « *Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte* ».

Une telle injonction à une éthique interactionnelle va de pair avec la mise en avant des savoirs liés au soin. Ce qualificatif est mentionné dans 30 % des activités et dans 40 % des compétences infirmières. Selon le référentiel de compétences, les étudiantes doivent être capables de « *conduire une relation dans un contexte de soin* », « *concevoir et conduire un projet de soins* », « *accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens* », « *analyser la qualité des soins* », « *d’initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* ». L’intitulé même de la formation offre d’ailleurs une place privilégiée à cette dimension. On parle en effet de formation en « soins infirmiers ». Une comparaison avec les autres professions paramédicales révèle que cette dimension y occupe une place particulièrement prégnante.

Tableau 20 : Présentation des compétences et activités mentionnant la notion de soins dans les différents référentiels des formations paramédicales

	Référentiel d'activités	Référentiel de compétences
Ergothérapeute	<u>Activité 2</u> : Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociales	<u>Compétence 3</u> : Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie
Infirmière	<u>Activité 2</u> : Soins de confort et de bien-être. <u>Activité 5</u> : Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique <u>Activité 6</u> : Coordination et organisation des activités et des soins	<u>Compétence 2</u> : Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers. <u>Compétence 3</u> : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens. <u>Compétence 5</u> : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs. <u>Compétence 7</u> : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
Manipulateur, manipulatrice ERM	<u>Activité 3</u> : Réalisation de soins à visée diagnostique et thérapeutique dans le champ de l'imagerie, la médecine nucléaire, la radiothérapie et les explorations fonctionnelles	<u>Compétence 2</u> : Mettre en œuvre les soins à visées diagnostique et thérapeutique en imagerie médicale, médecine nucléaire, radiothérapie et explorations fonctionnelles, en assurant la continuité des soins.
Masseur, masseuse Kinésithérapeute	/	/
Pédicure podologue	<u>Activité 2</u> : Soins et interventions en pédicurie-podologie.	/
Psychomotricien Psychomotricienne	<u>Activité 2</u> : Interventions et soins en psychomotricité	<u>Compétence 3</u> : Mettre en œuvre des interventions d'éducation psychomotrice, d'accompagnement et de soins en psychomotricité, de réadaptation, à dimension psychothérapeutique, et des activités contribuant au bien-être, à la réinsertion, aux soins palliatifs et au traitement de la douleur.
Orthophoniste	<u>Activité 6</u> : Organisation et coordination des soins.	/

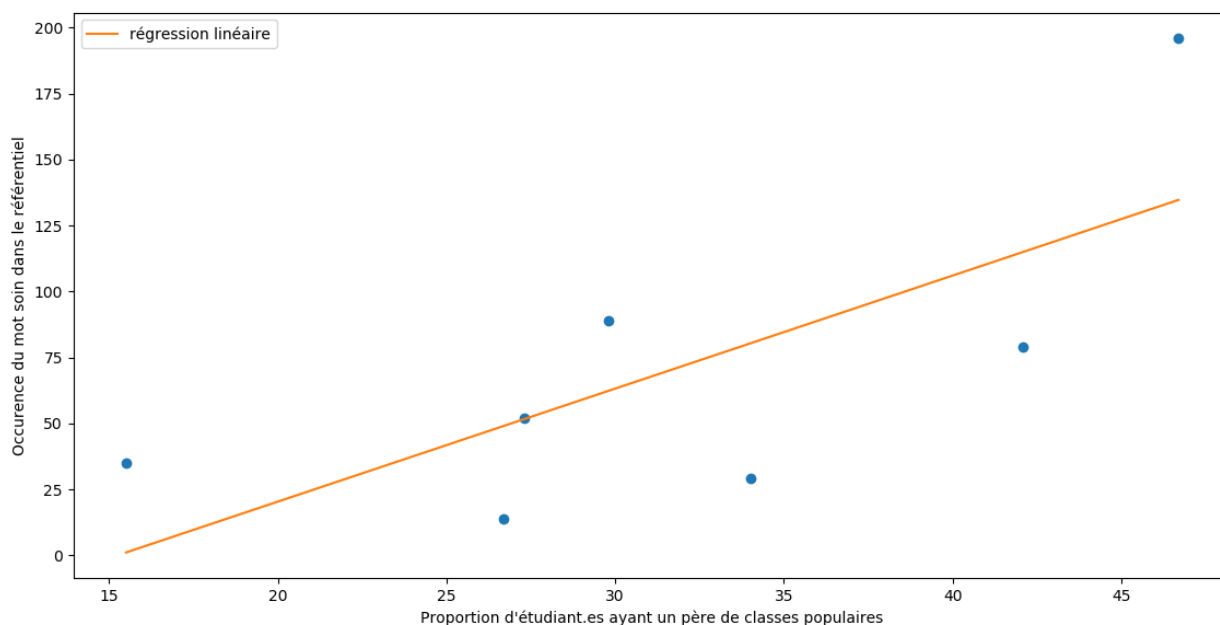
Certaines formations comme celles des masseurs et masseuses kinésithérapie, des pédicures-podologues ou encore des orthophonistes ne la mettent en effet pas du tout au premier plan dans leurs référentiels de compétences et d'activités. Cette notion est remplacée par des termes tels que « *projet thérapeutique* », « *diagnostic* », « *démarches d'interventions* », « *démarches de conseils* », « *démarches éducatives* », « *stratégies de prise en charge* », « *démarches de préventions* ». Un comptage quantitatif de l'occurrence de ce qualificatif dans l'ensemble des référentiels vient confirmer cette première observation qualitative.

Tableau 21 : Nombre d'occurrences du mot « soin » dans les référentiels de formation paramédicale

	Référentiel de formation	Référentiel d'activités	Référentiel de compétences	TOTAL
Infirmière	46	84	66	196
Pédicure podologue	23	48	18	89
Manipulateur et manipulatrice ERM	23	19	37	79
Masseur et masseuse kinésithérapeute	12	19	21	52
Orthophoniste	2	23	10	35
Ergothérapeute	8	16	5	29
Psychomotricien Psychomotricienne	3	11		14

La notion de soin se trouve répétée 196 fois au sein des référentiels de la formation des infirmières contre moins de cent fois dans les autres cursus. C'est d'ailleurs la formation où cette notion est la plus mobilisée. Le vocabulaire du soin est d'autant moins mobilisé dans les référentiels que les formations accueillent un public favorisé. Tout se passe comme si dans les formations où les enfants de cadres et de professions intellectuelles supérieures sont les plus présents, la notion de soin avait tendance à disparaître, et inversement. Sur ces sept formations paramédicales, celles mobilisant le plus le soin s'avèrent également être celles qui regroupent le plus d'étudiants et étudiantes ayant un père d'origine populaire. Par exemple, en 2016, la formation en soins infirmiers accueillait le plus grand nombre d'étudiantes ayant un père employé ou ouvrier (46,7 %) alors même qu'elle se trouve être celle qui fait le plus appel au soin dans son référentiel. Si ces deux quantités étaient proportionnelles, on pourrait les représenter par une droite. Ici, ce n'est pas le cas, toutefois les points ne semblent pas répartis de manière aléatoire. Une régression linéaire permet d'appuyer cette observation. Le coefficient de détermination vaut 0,52 ce qui signifie que la variation de l'origine sociale des étudiants et étudiantes explique pour moitié la variation de la présence du mot soin.

Graphique 23 : Part des étudiants et étudiantes ayant un père de classes populaires et nombre d'occurrences de « soin » dans le référentiel



Source : DRESS (2018). La formation aux professions de santé en 2016 (hors professions médicales et pharmaceutiques). Consulté sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt205.pdf> et Fédération nationale des étudiants en orthophonie (2017). Synthèse des résultats du questionnaire « Étudiants en orthophonie, qui êtes-vous ? », consulté sur : <http://www.fneo.fr/wp-content/uploads/2017/01/2017-01-Synthe%CC%80se-Etudiants-en-orthophonie-qui-e-%CC%82tes-vous-.pdf>

Champs : Ensemble des étudiants et étudiantes en formations paramédicales en France en 2016.

Note de lecture : En 2016, 15,5 % des étudiants et étudiantes en formations d'orthophoniste avaient un père appartenant aux classes populaires.

La relation entre origine sociale du public des formations paramédicales, et propension de ces formations à mobiliser le soin dans leurs injonctions n'est pas neutre.

Cette étude du référentiel actuel de la formation en soins infirmiers permet donc de voir que la dimension interactionnelle et le soin font toujours partie intégrante du projet de la formation des infirmières, conformément à ce que supposent l'intitulé même de cette formation et les « légendes » autour de ce cursus. S'il est possible de supposer, à partir du développement qui précède, que ces injonctions ne seraient aujourd'hui présentes dans la formation que sous forme de traces dans le référentiel, une telle position ne résiste pas à l'empirie.

Les observations menées montrent en effet que cette prescription est largement reprise dans la formation que ce soit par les formatrices ou les intervenants et intervenantes. Le soin et le relationnel sont érigés par l'ensemble des membres de la formation en modalité d'action comme me l'explique ce formateur en entretien :

« Ce qu'on essaie de faire en sorte c'est que, qu'ils [les étudiantes] ne cantonnent pas le soin relationnel uniquement à la santé mentale, mais qu'ils aient bien conscience que c'est utilisé partout, même dans les soins classiques, organiques, en médecine générale, en chirurgie, etc. à tous les

niveaux, à tous les niveaux [...] Il y a du relationnel partout, c'est ce qu'on essaie de faire passer comme idée. »

(Entretien avec Eugène, formateur à l'IFSI, le 5 octobre 2016)

Cette idée est défendue explicitement auprès des étudiantes lors de leurs enseignements.

« Vous n'êtes pas enclin à penser que la pratique, ça va être que du faire ». Christelle [la formatrice] souligne que quand elles entrent dans la chambre des patients, qu'elles se présentent, elles sont déjà dans la pratique. Elle commente : « Tout est pratiquement pratique à partir du moment où vous êtes en interaction avec l'autre ».

(Observation, présentation de l'UE Législation, éthique et déontologie, UE 1.3, le 26/09/17)

Cette formatrice l'énonce clairement au moment de la présentation de l'UE *Législation, éthique, déontologie*, il est attendu des étudiantes qu'elles mobilisent du « relationnel ». Selon elle, la pratique de leur future activité professionnelle doit passer par l'interaction avec l'autre. Comme cela leur est présenté le lendemain lors d'un TD sur les soins d'hygiène⁸⁷, l'approche interactionnelle fait partie des dix critères de qualité d'un soin qui doivent être mis en œuvre, quel que soit l'acte prodigué. C'est d'ailleurs l'une des compétences notées et observées lors des travaux pratiques. Sur leur « laboratoire de compétences », qui est une grille d'auto-évaluation que les étudiantes doivent avoir à chaque TP et TAE, on peut lire qu'à partir du semestre 2, les « soins relationnels » font partie intégrante des « savoirs comportementaux » à maîtriser et à mettre en œuvre dans chaque acte. Les formatrices ne sont pas les seules à insister sur cette approche.

Le docteur Limair précise qu'ils se verront sur du fondamental, mais qu'il s'attachera à montrer la dimension relationnelle. *« Je ne vais pas seulement m'attacher à vous présenter le fondamental, qui par définition est essentiel, pour ne pas dire fondamental, mais nos métiers c'est aussi du soin, de l'humain. »*

(Observation, cours UE De la molécule à l'être vivant, UE 2.02, le 21/09/17)

« Dans votre pratique du soin, vous allez avoir 4 principes clés qui vont revenir tout au long de votre formation, mais aussi dans votre pratique professionnelle : l'autonomie, bienfaisance, bientraitance, non-malfaisance. »

(Propos tenu par une psychologue dans le cours d'éthique, le 29/09/17)

Les intervenants et intervenantes, ici un médecin et une psychologue, le rappellent également avec des notions plus ou moins générales, plus ou moins détaillées, plus ou moins traditionnelles ou modernes, mais qui toutes renvoient au relationnel et au soin.

Les données recueillies permettent ainsi de constater que l'injonction à la mise en œuvre de savoirs liés au soin d'une part et aux interactions de l'autre est aujourd'hui très présente au sein de la formation.

⁸⁷ Observation, cours de soins d'hygiène de première année, UE 4.1, le 27/09/17

De telles injonctions sont souvent associées à des dispositions et des pratiques accolées à l'expérience des femmes (Cartier & Lechien, 2012 ; Gilligan, 1982 ; Le Feuvre et al., 2012 ; Rothier-Bautzer, 2012). Cependant les travaux de M. Cartier et M-H. Lechien (2012) ont montré qu'elles étaient également présentes dans des « métiers masculins ». Dès lors, on peut se demander ce que signifient actuellement ces injonctions dans la formation en soins infirmiers. Leur transmission est-elle toujours synonyme de socialisation genrée ?

II.1.b La promotion du care, où l'incitation à la mise en œuvre de dispositions supposées féminines

L'étude des compétences et postures sous-entendues derrière ce type d'injonctions permet d'entrevoir qu'elles renvoient bel et bien dans cette formation à des modèles de comportements genrés (Darmon, 2006). Les savoirs cultivés dans cette formation s'inscrivent dans la continuité du rôle et des valeurs associées aux femmes dans la sphère privée (maternage, soin, souci des autres, patience) (Bereni et al., 2012).

C'est notamment en appréhendant les qualificatifs employés par les professionnels et professionnelles de formation (formatrices, intervenants, intervenantes et infirmières) quand ils parlent de « relationnel » et de « soin » qu'on peut arriver à un tel constat. De manière incessante, ces dimensions sont associées à la bienveillance, au respect, à l'écoute et à l'humanisme, au souci des autres et à l'empathie :

Gwenaelle [la formatrice] les invite à aller « *aider avec diplomatie* » et insiste sur le fait qu'elles ne doivent pas « *faire à la place de* ». Elle met en avant le fait qu'elles doivent manifester : respect, bienveillance, disponibilité.

(Observation, UE Soins de confort, soin d'hygiène, UE 4.1s1, le 27/09/17)

Gwenaelle parle de « *démarche relationnelle* » et évoque la « *bienveillance* », le « *respect* » et le « *non-jugement* » comme valeurs essentielles. Elle met en avant un accompagnement « dans une relation empathique ».

(Observation, cours Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens, UE 5.1s1, le 14/09/17)

Gwenaelle revient ensuite sur les valeurs qui portent la profession : « Il y a des valeurs qui portent la profession : « *l'humanisme, le respect.* »

(Observation, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/17)

« *Le fait de se soucier de ça, c'est ce qu'on met derrière l'infirmier, se soucier de l'autre. Il faut prendre le comportement comme un mode de communication* ». [...] Patricia [la formatrice] souligne cette attitude comme étant particulièrement importante : « *se soucier de, c'est prendre en compte, c'est prendre en soin, c'est partir de* ».

(Observation, travail de groupe situation de soins le 1/03/17)

Ces valeurs sont érigées par les formatrices comme « guide » du comportement et de la posture professionnelle que les étudiantes doivent investir.

Elles ne sont pas sans rappeler « l'éthique du *care* » (Eyland & Jean, 2016), une notion qui dépasse l'idée du « soin ». Ce concept de *care* est relativement absent du référentiel de formation, mais permet de contenir tous les savoirs et tous les enjeux sous-jacents aux injonctions au « relationnel » et au « soin » qui ont lieu dans ce cursus. Il désigne à la fois l'action « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de » et le substantif de « soin », d'« attention », de « sollicitude » (Laugier & Molinier, 2009). Il permet ainsi de définir une éthique relationnelle qui vise à revaloriser les activités et les dispositions qui favorisent le soin et le souci des autres. Il est étroitement lié à l'idée d'attention à l'autre (Eyland & Jean, 2016) et implique un engagement personnel ainsi qu'une attitude de sollicitude (Rothier-Bautzer, 2012). Le *care* représente donc à la fois des dispositions (*caring about* : se soucier de, prendre soin) et une activité pratique qui implique une technique (*caring for*), autant d'éléments que les futures infirmières sont invitées à mettre en œuvre. Le caractère polysémique de cette notion (Gilligan, 1982 : Hochschild, 1979 : Molinier, 2010 : Paperman, 2013 : Svandra, 2009 : Tronto, 1993) se révèle particulièrement efficient pour désigner les dispositions et actions qui sont ainsi suggérées aux étudiantes : l'attention portée aux autres (*caring about*), la responsabilité via la prise en charge (*taking care of*), la compétence avec le prendre soin (*care giving*) et la réceptivité (*care receiving*) (Tronto, 1993). D'ailleurs, cette terminologie est utilisée depuis les années 1970 pour décrire des « métiers du service » (Le Feuvre et al., 2012), c'est-à-dire des métiers impliquant des « relations de service » entre professionnels et non-professionnels (Parsons, 1955) qui sont orientés vers la production de biens immatériels (Benelli & Modak, 2010 ; Boujut, 2005 ; Dussuet, 2005 ; Molinier, 2010), autrement dit des métiers dont la structure est proche de celle du travail infirmier.

Dans cette formation, la posture de *care* que les étudiantes sont invitées à endosser (empathie, bienveillance, écoute, respect) s'inscrit directement dans la continuité du rôle et des valeurs associées aux femmes dans la sphère privée (maternage, soin, souci des autres, patience) (Bereni et al., 2012). La prise en charge des patients est dépeinte comme faisant appel aux mêmes dispositions que celles auxquelles font appel les mères qui s'occupent de leurs enfants ou de leurs proches. Si les enseignements ne font pas directement référence à la famille, ils renvoient à une posture qui la rappelle comme en rendent compte les observations précitées. À l'image des activités traditionnellement exercées par les femmes (Fortino, 2002), les futures infirmières sont invitées à endosser une posture de soin envers les autres et à faire preuve d'affectivité. La formation en soins infirmiers actuelle entretient aujourd'hui encore une référence omniprésente à un rôle féminin conforme à la culture catholique féminine de l'ordre

d'une « maternité symbolique » comme l'enseignement congrégationniste dispensé aux infirmières par le passé (Muel-Dreyfus, 1996). Les étudiantes doivent être dans « l'humanisme », « le respect », « l'écoute ». Néanmoins, l'analyse du discours permet également de voir que cette formation ne s'arrête pas à cette définition traditionnelle et ancienne du *care*. Elle promeut aussi une approche plus psychologisée : « non-jugement », « bienveillance », « ne pas faire à la place de » qui pèse sur de nombreuses institutions de service et qui découle de la critique des institutions conduite dans les années 1968. La rhétorique institutionnelle à l'œuvre dans cette formation produit et renouvelle une approche du *care*.

Dans la lignée de nombreux travaux de sociologie de l'éducation (Duru-Bellat, 1990 ; Mosconi, 2001 ; Petrovic, 2004), ces données indiquent que cette institution d'enseignement loin de véhiculer un discours neutre continue à véhiculer certaines dispositions étroitement associées à des dispositions féminines.

Néanmoins, ces conclusions reposent essentiellement sur une analyse du discours tenu aux étudiantes. Est-ce suffisant pour parler de socialisation genrée ? La formation en soins infirmiers cultive-t-elle ces dispositions ?

II.1.c Une transmission marginale au sein de l'IFSI au service de l'essentialisation

Pour voir si le *care* est bien cultivé dans cette formation, le présent développement s'intéresse non plus aux contenus des savoirs transmis, mais au processus de transmission en lui-même (Bloy, 2005). Cette focale permet d'approfondir la connaissance de la socialisation façonnée au cours de cette formation, mais constitue surtout un moyen de montrer que cette institution d'enseignement vient, aujourd'hui encore, cultiver des dispositions de genre et des compétences genrées, et ce, de manière silencieuse.

Au premier abord, l'apprentissage des savoirs liées au *care* au sein de l'IFSI apparaît relativement minime. Si le « soin relationnel » fait l'objet d'une unité d'enseignement (UE), la « 4.2 », qui est présente en fin de première année, début de deuxième et début de troisième année, il n'en demeure pas moins que ce type de savoirs occupe une place plus marginale que d'autres au sein de la formation comme le suggère ce formateur lors d'un entretien :

« Alors maintenant, le mesurer euh... Si vous mesurez, par exemple, par rapport à ce programme, ce qui relève uniquement des soins relationnels, vous allez voir que c'est une proportion qui même si on la retrouve partout hein, c'est une proportion qui reste faible par rapport aux soins organiques quand même ».

(Entretien avec Eugène, formateur à l'IFSI, le 5/10/16)

La place de cet apprentissage au sein des cours dispensés apparaît donc peu visible et relativement négligée dans la formation (Laughier & Paperman, 2011).

En dehors de cette UE, peu de conseils sur le « relationnel » sont donnés. Si le savoir-être comportemental des étudiantes en TD est jugé sur ces critères, elles ne sont pas préparées à adopter une telle posture. Les travaux pratiques consistent en des applications de gestes mécaniques selon un ordre préétabli. Lors d'un TP sur la perfusion, l'essentiel de l'apprentissage de la pratique passe par l'explicitation des différents actes techniques à réaliser.

9h26 : Christelle [formatrice] passe à la présentation de la manipulation qu'elles vont effectuer aujourd'hui. Elle explique qu'elles doivent commencer par faire une purge, puis demande de justifier. [...] 9h32 : Christelle se met à mimer les sept étapes de la préparation de la perfusion. Elle commence par se laver les mains, mais se reprend aussitôt « *On va faire tout depuis le début* ». Elle mime donc le nettoyage de la paillasse en donnant à voir dans un premier temps ce qu'il ne faut pas faire (« *Le Z de Zorro* »). [...] Elle explique ensuite la première étape, à savoir l'ouverture de tous les matériaux. Elle effectue l'ouverture des compresses au ralenti. [...] Les étudiantes sont attentives. Elles regardent, mais ne prennent pas de notes. [...] 9h44 : Elle effectue la purge à l'endroit.

(Observation, TP perfusion avec des 1^{res} années, le 31/03/17)

À la suite de cette démonstration, les étudiantes vont avoir à reproduire la manipulation. Comme dans ce TP, le dialogue avec les patients n'est jamais évoqué au cours des enseignements, ou l'est à titre exceptionnel. Comme le relevaient déjà A. Piret (2004) et P. Thouvenin (2004) dans leurs travaux respectifs, l'apprentissage de la pratique passe essentiellement par l'objet. Elle se fait à travers un traitement mécanique des patients via éventuellement un mannequin et non par l'explicitation d'une situation interactionnelle.

Un tel fonctionnement favorise l'essentialisation de l'éthique du *care*, et contribue à renforcer l'idéologie du don et de la vocation chez les étudiantes en soins infirmiers.

Cette croyance est d'autant plus partagée que les dispositions associées au soin et au relationnel peuvent être considérées comme des « pratiques sociales de référence » (Martinand, 1982). Ces manières d'être et de faire, cultivées par l'institution d'enseignement, font étroitement écho à des comportements et attitudes mises en œuvre dans la vie quotidienne. Les étudiantes en soins infirmiers enquêtées laissent entendre à ce propos qu'elles investissaient déjà cette posture d'écoute et d'attention aux autres avant d'entrer dans la formation.

« Bah moi j'avais quand même, bah après c'est pour ma part hein, j'avais plus, j'avais une appétence déjà pour ça. comprendre heu voilà. Ma mère dit que depuis que je suis petite, un plus petit que moi, je pensais qu'il fallait enlever le paillason parce que j'avais compris qu'il pouvait se casser la goule. »

(Entretien le 8/01/17 avec Samantha, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

« Dans ma famille, on a ce don-là : les gens se confient à nous facilement. [...] Les gens vont vers moi naturellement et ils me confient vachement de trucs [...] j'aimais bien par exemple aller vers les autres et puis apprendre aux autres aussi. [...] Des fois, c'est chiant pour les autres, mais je ne peux pas m'empêcher, c'est plus fort que moi. »

(Entretien avec Flavia en 03/17, 2^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

Elles sont d'ailleurs nombreuses à penser avoir été sélectionnées sur ces valeurs.

« Après ça dépend des infirmières, mais techniquement, on est sélectionnés pour avoir aussi ces valeurs-là [empathie, neutralité, bienveillance, honnêteté]. On est sélectionnés aussi si tu veux. »

(Entretien avec Flavia en 03/2017, 2^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

« Après je pense que c'est un métier qui est fait pour toi ou non de base. Après, c'est mon sentiment, mais je trouve que tu dois avoir des qualités de base pour faire ce métier qui sont l'adaptation, qui sont l'écoute, l'observation... [...] Après sinon les qualités tu les as dès le début, je pense. »

(Entretien avec Shana le 12/01/18, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Si les étudiantes se voient ainsi comme « naturellement » dotées de ces dispositions supposées féminines, c'est que le *care* prôné au sein de l'IFSI apparait en adéquation avec la socialisation que ces étudiantes ont reçue dans leur prime éducation. Comme l'explique plusieurs recherches, les femmes qui constituent, rappelons-le, le public majoritaire des IFSI sont davantage que les hommes, amenées à développer ce type de dispositions au cours de leur socialisation primaire (Bereni et al., 2012 : Gianini Belotti, 1974), et ce, d'autant plus qu'elles ont une origine populaire (Darmon, 2006 : Passeron & De Singly, 1984). Les étudiantes sont principalement issues de ce milieu. En outre, cette socialisation est étroitement liée à la culture féminine catholique (Muel-Dreyfus, 1996) et une part importante des étudiantes déclare avoir baigné dans cette religion puisqu'elles sont 42,2 % à avoir reçu une éducation religieuse, dans 93,6 % des cas, catholique⁸⁸.

Le fonctionnement de cette institution et la nature des savoirs transmis poussent ainsi les futures infirmières à se penser naturellement dotées de ces dispositions traditionnellement associées aux femmes

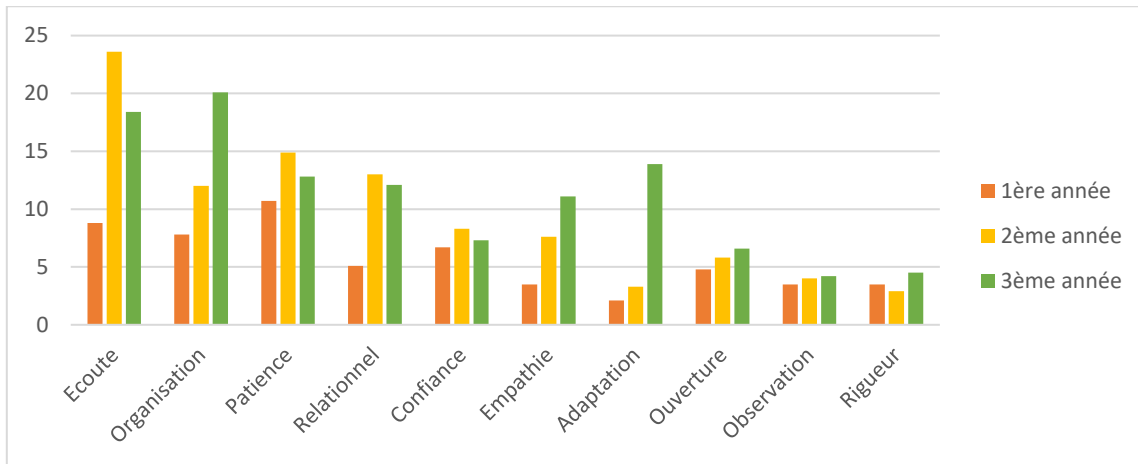
Néanmoins, la croyance dans le caractère inné de ces dispositions et l'absence d'explicitation des techniques et de la posture à adopter dans la relation aux patients ne signifient pas pour autant qu'un tel apprentissage n'ait pas lieu au sein de la formation. Les étudiantes elles-mêmes font part de savoirs associés à *care* de manière spontanée lors d'une question ouverte sur les compétences développées au cours de leur formation⁸⁹. L'écoute est la posture qu'elles déclarent le plus avoir acquise au cours de leur cursus. Une étudiante sur six (16,1 %) la mentionne. On retrouve ensuite parmi les dix autres compétences les plus fréquemment citées : la patience (12,6 %), le relationnel (9,3 %), l'empathie (7 %) et

⁸⁸ Les chiffres de ce paragraphe sont issus de la passation de 938 questionnaires administrés à l'ensemble des étudiants et étudiantes en soins infirmiers du département enquêté en 2017-2018.

⁸⁹ La question posée était la suivante : « La formation a-t-elle développé chez vous de nouvelles qualités ? Énumérez les qualités ou capacités que vous estimez avoir acquises au cours de cette formation. »

l'ouverture (5,7 %). Ces savoirs-comportementaux sont de plus en plus cités au fur et à mesure de la formation ce qui montre que les étudiantes ont conscience de les avoir acquis.

Graphique 24 : Évolution des compétences que les étudiantes déclarent avoir acquises au cours de la formation



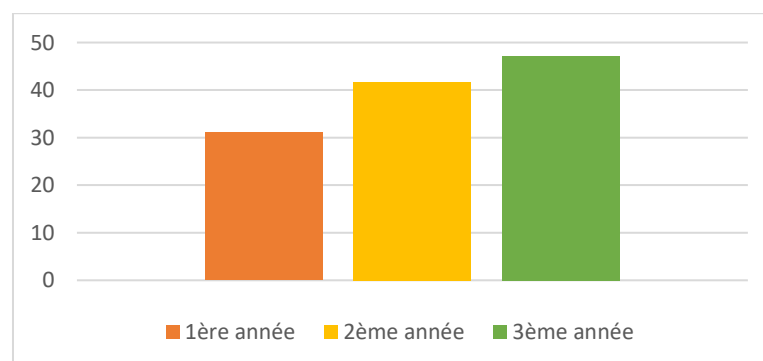
Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : En troisième année de formation, 11,1 % des étudiantes déclarent avoir développé l'empathie au cours de leur formation.

Les étudiantes de deuxième et troisième années déclarent plus fréquemment les avoir développées que les premières années. Plus on avance dans la formation, plus les étudiantes sont nombreuses à partager ce point de vue. Les croisements de variables significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 révèlent que les différences entre les premières et troisièmes années sur ces questions sont probantes. Alors qu'elles ne sont que 5,1 % en début de cursus à estimer spontanément qu'elles ont acquis des compétences interactionnelles, elles sont plus du double à l'issue de leur formation (12,1 %). Les étudiantes adhèrent également de plus en plus à l'idée que cette formation leur permet de développer le sens du contact.

Graphique 25 : Part des étudiantes déclarant que la formation leur a permis de développer le sens du contact (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

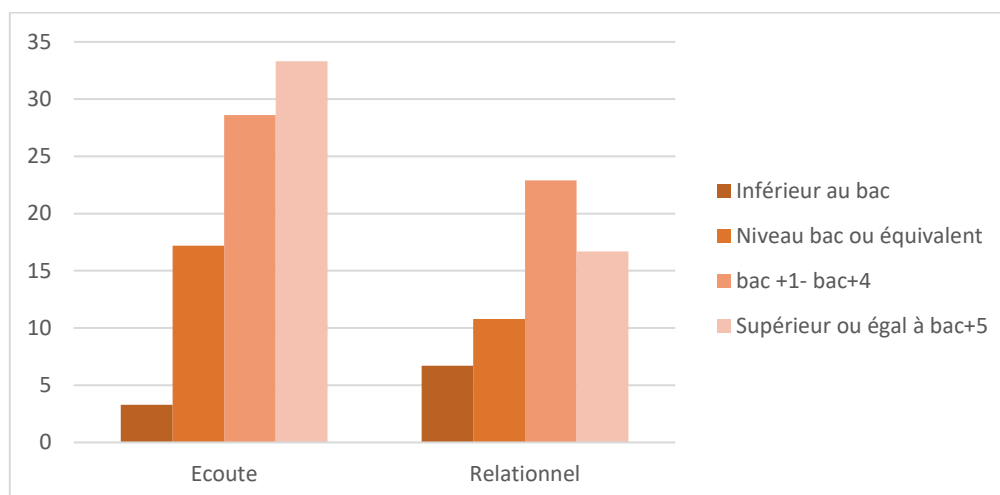
Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : En troisième année de formation, 47,2 % des étudiantes déclarent avoir développé leur contact avec les autres.

Elles sont près de la moitié dans ce cas à la fin de leur cursus contre seulement un tiers en début de formation. Ainsi cet attendu est-il en partie intériorisé au cours de cette formation.

Les étudiantes ayant un haut niveau de diplôme sont celles qui citent le plus fréquemment ce type d'apprentissage.

Graphique 26 : Part des étudiantes déclarant que la formation leur a permis de développer des compétences d'écoute et de relationnel en fonction du niveau de diplôme (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Les étudiantes ayant un niveau de diplôme équivalent au baccalauréat sont 17,2 % à estimer spontanément avoir développé l'écoute depuis le début de leur cursus.

Elles sont un tiers de celles qui ont un niveau supérieur ou égal à bac+5 à estimer avoir développé des compétences d'écoute et 16,7 % à évoquer le relationnel, contre 17,2 % et 10,8 % des étudiantes ayant un niveau baccalauréat ou équivalent. Celles ayant un niveau inférieur au baccalauréat sont seulement 3,3 % et 6,7 % dans ce cas⁹⁰. Plus les étudiantes ont un niveau de diplôme élevé, plus la formation leur apporte ces compétences. Ces différences ne sont pas liées à leurs origines sociales distinctes ni à leur passé professionnel. Le croisement de ces indicateurs avec la catégorie professionnelle du père et de la mère, mais aussi avec le passé d'aide-soignante ne s'avère pas probant d'après le test d'indépendance du khi2. La significativité constatée à propos du niveau de diplôme ne masque pas les déterminants de cette nature. C'est bien leur niveau de diplôme qui apparaît déterminant au regard de ces éléments. L'analyse quantitative des données permet de voir que la formation tend à actualiser ce type de compétence.

⁹⁰ Ces différences sont significatives au seuil de 1 % d'après le test d'indépendance du khi 2.

Tableau 22 : Évolution du nombre d'étudiantes de niveau baccalauréat ou équivalent déclarant avoir développé des compétences interactionnelles en fonction de l'avancement dans la formation

	1 ^{re} année		2 ^e année		3 ^e année	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Écoute	25	8,7	62	26,8	42	18,2
Relationnel	20	6,9	39	16,9	38	16,5

Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018.

Champs : Ensemble de 750 étudiants et étudiantes des 4 IFSI du département enquêté ayant un niveau de diplôme niveau baccalauréat ou équivalent.

Note de lecture : Les étudiantes ayant un niveau de diplôme équivalent au baccalauréat sont 18,2 % en fin de cursus contre 8,7 % en première année à mentionner spontanément avoir développé des compétences d'écoute.

À niveau de diplôme fixé, les étudiantes s'approprient de plus en plus ces compétences ce qui suggère que les étudiantes actualisent pour une part ce type de compétence au cours de la formation. L'échange survenu lors du retour collectif sur le film documentaire *De chaque instant* de N. Philibert (2018) montre à quel point, elles apprennent à percevoir ces compétences comme importantes :

11h05 : Gwenaëlle [formatrice] lui demande ce qu'elles ont pensé de la présentation des situations de stages. [...] Mélanie [formatrice] ajoute que c'était très basé « *soins techniques, mais que par contre on n'a pas trop vu le relationnel* ».

(Observation retour sur le film *De chaque instant* avec les deuxièmes années, le 10/09/18)

Une étudiante de deuxième année déplore l'accent que le film met sur la technique au détriment du « relationnel ». Cette critique fait consensus dans la promotion. Les autres étudiantes critiquent également une telle mise sous silence de cette dimension qui est selon elles importante dans leur travail et leur formation.

En adéquation avec les représentations courantes, la promotion de savoirs liés à des dispositions supposées féminines apparaît donc largement prônée et entretenue encore aujourd'hui par la formation en soins infirmiers.

Néanmoins, en parallèle d'une telle transmission, la formation en soins infirmiers promeut et cultive aujourd'hui des savoirs souvent décrits comme étant l'apanage d'une socialisation masculine. Cette institution d'enseignement transmet une culture scientifique, mais aussi une culture technique (Baudelot & Establet, 1992 : Blickenstaff, 2005 : Detrez & Piluso, 2014 : Duru-Bellat, 2004 : Perronet, 2017) que les deux parties suivantes de ce chapitre examinent.

II.2 La culture scientifique⁹¹, deuxième volet du curriculum

L'analyse du référentiel et de la rhétorique institutionnelle permet de constater que, depuis une dizaine d'années maintenant, de nouveaux savoirs sont valorisés dans la formation, notamment la transmission d'une « culture scientifique » (Perronet, 2017). Pour saisir le poids de cette nouvelle logique au sein du cursus de formation, cette partie du chapitre étudie la place qu'y prennent les savoirs scientifiques.

Une telle perspective rompt avec la tendance des travaux des sociologues (du genre) qui étudient la question du rapport aux sciences (Baudelot & Establet, 2006 : Blickenstaff, 2005 : Detrez & Piluso, 2014 : Duru-Bellat, 2004 : Perronet, 2017). À l'opposé des recherches sur cette question qui étudient les formations scientifiques générales les plus masculines et les plus prestigieuses dans lesquelles les filles sont en situation minoritaire (Bataille, 2011 : Blanchard et al., 2016 : Bourdieu, 1989 : Ferrand, 2004 : Ferrand et al., 1996 : Marry, 1989 : Zolesio, 2009), cette partie du chapitre interroge la place des sciences dans une formation féminisée et professionnelle. Un pas de côté par rapport aux recherches portant sur les femmes et les sciences qui apportent un éclairage nouveau à l'idée d'une impossible affinité entre dispositions supposées féminines d'une part et savoirs « scientifiques » d'autre part.

Après un détour historique révélant la place conséquente que la culture scientifique occupe actuellement dans la formation, on montre que cette dimension est aujourd'hui constituée en horizon dans le cursus des infirmières et que l'IFSI participe à transmettre une praxis scientifique aux étudiantes.

II.2.a Une lente progression de la culture scientifique dans la formation des infirmières

La culture scientifique s'est peu à peu imposée dans le référentiel de la formation des infirmières durant les dernières décennies.

Le Tableau 5 permet de voir le traitement des savoirs scientifiques dans le référentiel de formation en fonction des époques alors que le Tableau 6 rend compte des différentes compétences mises en avant dans ces référentiels.

⁹¹ Le terme « culture scientifique » (Perronet, 2017) désigne ici, rappelons-le, l'ensemble des connaissances et de la démarche de recherche, mais également l'ensemble des « savoirs comportementaux » (savoir-faire et savoir-être) que la pratique des sciences en IFSI suppose

L'analyse de ces données montre que des années 1970 aux années 2000, le caractère scientifique de la formation est dénié. Sur la période allant de 1969 à 2006, les programmes suggèrent en effet que les savoirs scientifiques sont effleurés et balayés rapidement afin que les étudiantes aient une connaissance minimale du corps humain « *Bases essentielles* », « *généralité sur...* », « *données élémentaires* », « *notion de...* », « *bases médicales* », « *rappel* »⁹² sont autant d'expressions employées au sein des programmes pour qualifier les enseignements scientifiques dispensés (cf. Tableau 23, p. 168). Le terme de « sciences » ou le qualificatif « scientifique » n'est pas employé. Cette euphémisation du contenu scientifique transmis est particulièrement forte avant les années 1980. Les compétences visées sont par ailleurs très peu tournées vers des dispositions scientifiques. Les référentiels de 1969 et 1972 n'y font pas du tout référence. Le référentiel de 1972 recommande même explicitement de limiter le rôle de diagnostic : « *L'enseignement donné en abordant la pathologie ne doit aucunement avoir pour but de conduire à un diagnostic, mais bien plutôt d'aider l'infirmière à donner des soins adaptés et efficaces* ». Ce référentiel propose une approche globale en rupture avec la formation médicale (Charpin, 2014). Il impose un rôle propre aux infirmières centré davantage sur la personne et le soin (Acker, 1991 ; Charpin, 2014). Jusqu'aux années 1980 donc, la formation est davantage tournée vers la compréhension des personnes. Une partie du programme vise d'ailleurs l'appréhension des problèmes et besoins de la famille, de la mère, des enfants, des personnes âgées. Les étudiantes doivent être en mesure de comprendre les « *réactions de la personne soignée* ». Elles doivent ainsi développer essentiellement des compétences relationnelles et éducatives. Ce type de savoirs représente la majorité des aptitudes et compétences à acquérir avec les savoirs techniques.

⁹² Termes employés dans les titres présentant les enseignements scientifiques dans les programmes nationaux des IFSI de 1969, 1972, 1979, 1992.

Tableau 23 : Présentation des savoirs scientifiques au sein des programmes des IFSI de 1969 à 2012

1969	<ul style="list-style-type: none"> - Première période : L'enseignement est centré sur les bases essentielles qui concernent les connaissances de l'être humain [...] - Deuxième période [...] étudie les généralités sur l'infection... - 420h introduction en soins infirmiers, à partir de la découverte des besoins fondamentaux de la personne humaine - I. Connaissance de l'être humain : 1. Données anatomiques et physiologiques. [...] 2. Données élémentaires de physiologie dynamique - II. Etude des besoins fondamentaux liés au fonctionnement de l'organisme - Au cours de la deuxième période, on étudie : premièrement les principes généraux qui doivent permettre à l'élève une meilleure approche de la personne malade [...] deuxièmement les généralités sur l'infection, troisièmement les soins infirmiers en fonction des divers appareils. - 176h Soins infirmiers en fonction de la pathologie des différents appareils. [...] Après les généralités sur l'inflammation articulaire, dans les principales infections rhumatismales aiguës, chroniques, on étudiera les signes cliniques essentiels, les notions sur l'évolution et les possibilités thérapeutiques [...] généralités sur la dégénérescence arthrosique [...] - Généralités sur l'infection - Introduction aux soins pour présenter un enseignement de physiologie et d'anatomie
1972	<ul style="list-style-type: none"> - La première période de 16 semaines est centrée sur l'enseignement des bases essentielles qui concernent la connaissance de l'être humain. - Deuxième période [...] étudie les généralités sur l'infection... - Tableau récapitulatif des enseignements : Introduction aux principes généraux. - Introduction en soins infirmiers, à partir de la découverte des besoins fondamentaux de la personne humaine - I. Connaissance de l'être humain : 1. Données anatomiques et physiologiques. [...] 2. Données élémentaires de physiologie dynamique - II. Etude des grandes fonctions de l'organisme. [...] grands syndromes [...] notion d'épidémiologie - III. Soins infirmiers et sécurité. [...] seront données aux élèves des notions sur l'infection et des généralités sur la pharmacologie. - Deuxième période [...] généralité sur les tumeurs, soins infirmiers dans les principales affections de l'appareil locomoteur, cardiovasculaires et respiratoires. [...] - Infection et soins infirmiers en pathologie infectieuse. 1. Généralités sur l'infection [...] Généralités sur les tumeurs - Soins infirmiers en fonction de la pathologie des différents appareils. Après les généralités sur l'inflammation articulaire, dans les principales infections rhumatismales aiguës, chroniques, on étudiera les signes cliniques essentiels, les notions sur l'évolution et les possibilités thérapeutiques [...] généralités sur la dégénérescence arthrosique [...]
1979	<ul style="list-style-type: none"> - Cette année de formation se situe comme un temps privilégié de découverte de l'être humain. L'homme (400h) [...] b. Besoins fondamentaux [...] c. Données anatomiques et psycho-sociologiques. 1. Notions élémentaires ... 2. Les grandes fonctions [...] Anatomie et physiologie de l'appareil - Objectifs : L'enseignement se propose de donner les bases médicales indispensables pour comprendre l'affection [...], les perturbations [...], les soins prescrits, leurs réalisations et la surveillance qui en découle. - Les soins infirmiers sont étudiés ... dans les principales affections [...] dans les principaux syndromes [...] - Soins infirmiers réanimation. Avant d'aborder les mécanismes de la physiopathologie de l'équilibre hydroélectrique, de l'équilibre acide base et du choc, il est souhaitable d'effectuer un rappel des connaissances de base en physique et chimie.
1992	<ul style="list-style-type: none"> - Horaires des enseignements théoriques et cliniques de la formation préparant au diplôme d'infirmier. - Recommandation générale concernant l'étude des différentes pathologies. À l'occasion de l'étude de chaque discipline, il est procédé à un rappel anatomo-physiologique de l'appareil concerné. Par ailleurs, l'enseignement de pharmacologie générale dispensé est développé compte tenu des exigences spécifiques des pathologies enseignées. - L'enseignement des sciences humaines doit être considéré comme une synthèse de notions qui imprègnent la totalité des enseignements dispensés. - SI aux personnes atteintes - Recommandations de limitation rôle de diagnostique
2006	<ul style="list-style-type: none"> - Répartition horaire des enseignements théoriques et cliniques de la formation préparant au diplôme d'infirmier et d'infirmière. - Enseignements théoriques : sciences humaines, Anatomie-Physiologie-Pharmacologie, Soins infirmiers aux personnes atteintes de... Soins infirmiers, Hygiène, Santé publique, Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail.. - Recommandation générale concernant l'étude des différentes pathologies. À l'occasion de l'étude de chaque discipline, il est procédé à un rappel anatomo-physiologique de l'appareil concerné. Par ailleurs, l'enseignement de pharmacologie générale dispensé est développé compte tenu des exigences spécifiques des pathologies enseignées. - L'enseignement des sciences humaines doit être considéré comme une synthèse de notions qui imprègnent la totalité des enseignements dispensés. - Module anatomie, physiologie et pharmacologie : Anatomie et physiologie, Notions succinctes relatives à la scannographie... Pharmacologie générale : généralités sur les médicaments ..., notions essentielles sur quelques grandes classes thérapeutiques...
2009	<ul style="list-style-type: none"> - Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques. - Maquette de formation : sciences humaines, sociales et droit : sciences biologiques et médicales : sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes : sciences et techniques infirmières, interventions [...] - Recommandations pédagogiques : UE 2.4s1 : L'anatomie et la physiologie sont étudiées et mises en lien avec les processus traumatiques. Les processus sont expliqués dans leurs mécanismes, leurs impacts, leurs complications, leurs interférences. Les pathologies sont travaillées dans leur ensemble : épidémiologie, physiopathologie, symptomatologie, étiologie, thérapeutique, complication, évolution, et toujours en lien avec les personnes et populations atteintes. UE 2.1s1 : Cet enseignement contribue à donner aux étudiants une base scientifique sur laquelle ils devront s'appuyer pour la suite. UE 2.5s3 : Les formateurs ainsi que les étudiants approfondissent les causes et les conséquences des processus pathologiques en relation avec leurs connaissances sur les agents pathogènes et leur mode d'action. Les processus sont expliqués dans leurs mécanismes, leurs impacts, leurs complications, leurs interférences. [...] UE 2.10s1 : Cet enseignement vise à relier les connaissances scientifiques sur l'infectiologie aux mesures pratiques d'hygiène dans les soins
2015	<ul style="list-style-type: none"> - Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques. - Maquette de formation : sciences humaines, sociales et droit : sciences biologiques et médicales : sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes : sciences et techniques infirmières, interventions [...] - Recommandations pédagogiques : UE 2.4s1 : L'anatomie et la physiologie sont étudiées et mises en lien avec les processus traumatiques. Les processus sont expliqués dans leurs mécanismes, leurs impacts, leurs complications, leurs interférences. Les pathologies sont travaillées dans leur ensemble : épidémiologie, physiopathologie, symptomatologie, étiologie, thérapeutique, complication, évolution, et toujours en lien avec les personnes et populations atteintes. UE 2.1s1 : Cet enseignement contribue à donner aux étudiants une base scientifique sur laquelle ils devront s'appuyer pour la suite. UE 2.5s3 : Les formateurs ainsi que les étudiants approfondissent les causes et les conséquences des processus pathologiques en relation avec leurs connaissances sur les agents pathogènes et leur mode d'action. Les processus sont expliqués dans leurs mécanismes, leurs impacts, leurs complications, leurs interférences. [...] UE 2.10s1 : Cet enseignement vise à relier les connaissances scientifiques sur l'infectiologie aux mesures pratiques d'hygiène dans les soins

Sources : Dépouillement des référentiels de 1969 à 2015.

Note de lecture : En 2009, on trouve les qualificatifs « sciences biologiques » et « sciences médicales » pour rendre compte des savoirs transmis dans le domaine de la biologie.

Le référentiel de 1979 marque un premier tournant. L'enjeu n'est plus de comprendre les personnes, mais les besoins en santé. Les objectifs de formation et les compétences à acquérir se diversifient.

D'une part, une dimension de gestion apparaît. Les infirmières doivent être capables d'encadrer des personnels et personnelles, de collaborer, mais aussi de pouvoir planifier et organiser leurs soins.

D'autre part, des aptitudes et une démarche spécifique commencent à émerger, mais la référence au scientifique demeure masquée. Les élèves doivent développer : « *l'observation et la réflexion* », ils sont familiarisés avec « *le schéma de l'étude d'un problème [...] qui comporte les étapes suivantes : recueil de l'information, analyse de la situation, identification d'un problème, détermination et formulation d'objectifs précis, spécifiques et mesurables, analyse des données et choix des actions à entreprendre, mises en des actions, évaluation et réajustement* ». Le référentiel parle de « démarche de soins » et ne dresse à aucun moment de parallèle avec une démarche scientifique.

Entre 1992 et 2006, un nouveau palier est franchi, les étudiantes participent à la recherche. Le référentiel y fait clairement référence : « *initiation à la recherche en soins infirmiers* » et réalisation d'un « *diagnostic infirmier* ». L'investissement dans ces savoirs scientifiques lié au souci de professionnalisation (Aïach & Fassin, 1994) ne remet cependant pas en cause le caractère masqué et minimisé de ces savoirs.

Tableau 24 : Compétences à développer en IFSI selon les programmes de 1969 à 2012⁹³

	Compétences scientifiques	Compétences techniques	Compétences de gestions	Compétences relatives au soin et au relationnel
1969	/	<ul style="list-style-type: none"> - Acquérir les réflexes majeurs d'asepsie - Principes généraux des soins infirmiers (56h) [...] IV- Aspect technique. Plan de soins, soins pré et post-opératoires, principes relatifs aux examens radiologiques, endoscopiques, tubages, ponctions, drainage... - Gestes d'extrême urgence 	<ul style="list-style-type: none"> - Éléments d'organisation et d'administration (24h). II-Organisation du travail administratif. Information, étude du contenu des documents. Prise de conscience de leur importance, étude de leurs circuits. III. Éléments d'administration 	<ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière est la personne qui [...] est apte à assumer la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades. - La première période de 16 semaines est centrée sur [...] l'initiation progressive à la relation et aux soins infirmiers à des personnes d'âges divers - La deuxième période étudie les principes généraux qui permettent à l'élève une approche de la personne malade. - La troisième période de 16 semaines est consacrée à la famille, la mère, l'enfant. - La quatrième période envisage toute la question des personnes âgées. - Principes généraux des soins infirmiers (56h). I- Aspects psychologiques. Donner à l'élève la possibilité de comprendre les réactions de la personne soignée [...] II- Aspect éducatif. Faire découvrir à l'élève ce qu'est une relation pédagogique. La préparer au rôle d'éducatrice. - Relation et enseignement (48h). En se référant aux expériences de stage, on étudie la vie relationnelle et les méthodes de formation à la relation.
1992	<ul style="list-style-type: none"> - Participer à la recherche dans le domaine des soins infirmiers, en matière d'épidémiologie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité. - L'apprentissage des diagnostics infirmiers est progressif. - Initiation à la recherche en soins infirmiers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine curatif, de réadaptation et de réhabilitation. - Objectifs généraux : <ul style="list-style-type: none"> - déterminer, mettre en œuvre et évaluer les actions relevant du rôle propre de l'infirmier. - effectuer, seul ou en collaboration avec d'autres soignants, les prescriptions médicales. - identifier une situation d'urgence ou l'aggravation de l'état d'une personne soignée et en l'absence du médecin [...] mettre en œuvre, évaluer, noter les actions et la surveillance déterminées par le médecin responsable dans un protocole écrit de soins d'urgence. - Soins palliatifs - Surveillance des patients - Surveillance des complications - Pose de produits de transfusion 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de la faculté d'adaptation de l'étudiant en adéquation avec la diversité des lieux d'exercice et avec l'évolution des sciences, des techniques et des besoins de santé. - Objectifs généraux : organiser le travail infirmier [...] : planifier l'ensemble des soins infirmiers, participer à la gestion des stocks, à l'exécution des formalités administratives, aux études concernant la charge de travail lié aux soins infirmiers, à la gestion des informations au sein du service, à la formation continue et initiale du personnel infirmier, des personnels qu'il assistait des étudiants en soins infirmiers, - Acquisition de moyens organisationnels - Organisation des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif [...]. - Démarche relationnelle. Travail de développement personnel, technique d'écoute, relation d'aide, relation d'aide thérapeutique. - Démarche éducative. - Accompagnement de la personne en fin de vie - Aide psychologique à la personne âgée handicapée - Utilisation des médiations à la relation - Information et éducation des malades - Participation au soutien psychologique - Participation aux actions de socialisation - Participation à l'apprentissage des actes de la vie quotidienne et aide à leur réalisation
2009	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement des nouveaux savoirs [...]. - L'étudiant est amené à devenir un praticien [...] réflexif - Enseignement un institut de formation 120 ECTS : sciences contributives au métier d'infirmier, sciences et rôle infirmier [...] - Compétence 1 : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmiers. - Compétence 8 : rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques. - Maquette de formation : sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes : raisonnement et démarche clinique infirmière (UE 3.1), initiation à la recherche (UE 3.4) - UE 3.1 s1 Les formateurs développent des méthodes pédagogiques qui mobilisent les opérations mentales du raisonnement clinique : le questionnement, l'observation, l'induction, la déduction, la pensée critique. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant est amené à devenir un praticien. - L'étudiant développe des ressources [...] en habilités gestuelles. - Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soin - Compétence 4 : mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique - Compétence 7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle. - Sciences et techniques infirmières, intervention. Total 25 ECTS. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire [...] de prendre des décisions dans les limites de son rôle [...]. - Exercer au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents [...] savent s'adapter à des situations variées. - Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soin ; - Compétence 9 : Organiser et coordonner des interventions soignantes - Compétence 10 : informer et former des professionnels et des personnes en formation 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant développe des ressources [...] en capacités relationnelles. - Compétences 3 : accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens - Compétences 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs - Compétences 6 : communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin

Sources : Dépouillement des référentiels de 1969 à 2015 de la formation en soins infirmiers.

Note de lecture : Dans le référentiel de 1992, on peut lire que les élèves doivent s'« *initier à la démarche de recherche* ».

⁹³ Le tableau complet avec l'ensemble des années de formation se trouve en Annexe (cf. Annexe 5, p. 541).

Ce n'est qu'à partir de 2009, année de la reconnaissance du grade licence de la formation, que le tournant est franchi. L'étude du référentiel révèle un renversement relatif au traitement de la question de la dimension scientifique. Le champ lexical scientifique qui était jusqu'à présent éclipsé par celui du soin devient omniprésent. Les connaissances sont explicitement présentées comme « *sciences* ». La culture scientifique trouve progressivement une place conséquente dans le référentiel de formation. Les étudiantes doivent alors être capables d'« *évaluer une situation clinique et de faire un diagnostic* », de « *conduire un projet de soin* », « *être capables de traiter des données scientifiques* », d'« *adopter une posture réflexive* », etc. (cf. Tableau 24, p. 170 + Annexe 5, p. 541). La part des compétences de ce type augmente significativement par rapport aux années précédentes. M. Charpin (2014) parle de « *nouveau modèle identitaire* ». Il fait le lien entre l'universitarisation de cette formation et l'exigence de rigueur scientifique dans les contenus, l'apprentissage du sens critique et de la posture réflexive.

L'étude historique du référentiel laisse ainsi entrevoir que si, de la fin des années 1970 jusqu'au début des années 2000, les savoirs scientifiques sont relativement occultés, d'abord en raison du contrôle qu'exercent les médecins sur l'enseignement puis par l'imposition en 1972 d'un rôle propre aux infirmières centré davantage sur la personne et le soin (Acker, 1991) ; après 2009, ils sont au contraire mis en exergue. Cette place de plus en plus prégnante dans le référentiel signifie-t-elle que cette culture a actuellement une place prégnante dans la formation ? Ou cette dimension demeure-t-elle toujours anecdotique au regard des autres savoirs transmis ?

II.2.b Une dimension centrale aujourd'hui

L'étude détaillée du volume horaire et des crédits attribués aux différents enseignements dans le référentiel d'une part et l'attention portée aux discours des formatrices d'autre part permet de répondre à un tel questionnement. La place de cette culture scientifique apparaît aussi prégnante que le suggère l'étude qualitative du référentiel conduite dans la sous-partie précédente (cf. p. 167).

Actuellement, la formation en soins infirmiers contient en effet plusieurs disciplines étiquetées comme « *scientifiques* » : les « *sciences biologiques et médicales* » (540 h), les « *sciences humaines* » (255 h) et les « *sciences infirmières* » (685 h). Les deux premières sont

considérées comme la base nécessaire à l'apprentissage et à la réalisation de la profession, elles sont d'ailleurs nommées « UE contributives ».

L'enseignement catégorisé comme scientifique le plus valorisé à l'IFSI est la partie « sciences et rôles infirmiers » qui représente plus d'un tiers de la validation du diplôme (66 ECTS) et plus de la moitié du volume horaire de la formation. Les « sciences contributives » et les « unités transversales » ont un poids nettement plus faible, respectivement : 42 et 12 ECTS.

Tableau 25 : Volume horaire et crédits attribués aux différents enseignements de la formation en soins infirmiers.

		ECTS	Parts des ECTS	Volume horaire de CM et TD	% vol. horaire
Sciences contributives	Sciences humaines	15	8,3	255h	14,2
	Sciences biologiques	27	15	540h	30
	Total sciences contributives	42	23,3	795h	44,2
Sciences et rôles infirmiers	Sciences infirmières, fondements	15	8,3	255h	14,2
	Sciences infirmières interventions	25	13,9	430h	23,9
	Posture professionnelle, intégration	26	14,4	235h	13,1
	Total Sciences et rôles infirmiers	66	36,6	920h	51,2
Unités transversales		12	6,7	85h	4,6
Stages		60	33,4	60 semaines	

Sources : Dépouillement statistique du référentiel de 2015.

Note de lecture : En 2015, il y a 60 semaines de stages prévus par le référentiel et 60 ECTS leur sont attribués.

Si les « sciences contributives » et les unités transversales occupent une place moins importante que celle consacrée aux savoirs spécifiques de la profession, il n'en demeure pas moins que les savoirs scientifiques issus des autres disciplines constituent une grande partie des savoirs dispensés. Ils représentent 44,2 % du volume horaire des enseignements théoriques et comptent pour près d'un quart de la validation (23,3 % des ECTS). Le poids des « sciences biologiques » est particulièrement prégnant. Ces dernières représentent un tiers des heures d'enseignement en IFSI et plus des deux tiers des « sciences contributives ». Elles permettent de valider 27 ECTS et représentent 540 heures de formation. Ce référentiel met donc l'accent de manière visible sur ce type de savoirs.

Cette valorisation et le poids fort accordés à la démarche de recherche et à la dimension scientifique ne sont pas seulement portés par le référentiel, les formatrices elles-mêmes se font les relais de cette vision.

Tout d'abord, la discipline des « sciences infirmières » est mise en évidence et présentée comme porteuse d'enjeux centraux. Lors de la semaine d'intégration, une présentation de « la science » en général et de la discipline des « sciences infirmières » en particulier est proposée par le directeur de l'IFSI. C'est le seul enseignement du cursus qu'il dispense, ce qui participe à souligner l'importance du contenu transmis.

Il [le directeur] revient sur la notion de discipline. [...] Une diapositive appuie ses propos, les mots « *science infirmière* » sont soulignés en rouge [...] Il fait une remarque, il dit qu'il espère que pour celles qui le voudront elles pourront continuer jusqu'à des masters et en doctorat. Il souligne cependant que les sciences infirmières n'ont pas encore de doctorat, mais qu'il y a possibilité d'aller dans d'autres disciplines ou à l'étranger.

(Observation, 5^e jour de la semaine d'intégration, le 8/09/17)

Lors de cette conférence, le directeur incite les étudiantes à s'inscrire dans une démarche de recherche et à poursuivre des études universitaires à la suite de leur formation. Une telle invitation s'est également produite lors du propos introductif du cours d'initiation à la recherche :

Patricia [formatrice] demande s'il y a des questions, puis fait remarquer que si elles poursuivent des études, elles toucheront à ces dimensions de manière plus approfondie : « *Si vous poursuivez vos études, et on vous encourage à le faire, au niveau master ou doctorat, quel que soit votre choix puisque la discipline mère n'a pas d'école doctorale, vous rentrerez plus finement dans cette structuration de la recherche, dans les méthodologies...* »

[...] Elle cite ensuite la valorisation des travaux de recherche au travers de trophées qui encouragent à la publication de mémoires et cite un exemple dans la promotion 2013-2016 d'un étudiant de l'IFSI qui postule à celui du CEFIEC [Comité d'Entente des Formations infirmières et Cadres]. Elle insiste sur la proximité de ce monde de la recherche et de ce qu'elles connaissent.

(Observation, cours d'initiation à la recherche, le 7/02/17)

Comme le directeur, les formatrices insistent sur l'idée que les « sciences infirmières » sont un enjeu central pour leur activité professionnelle et qu'elles occupent donc une place importante dans leur formation. Cette discipline est présentée comme participant à la « construction » et au « développement professionnel » pour reprendre les propos que Patricia, formatrice de l'IFSI, tient aux étudiantes :

Patricia [la formatrice] insiste sur le fait qu'il s'agit d'une « compétence transversale ». Elle précise ensuite « *La recherche favorise la construction et le développement professionnel* ». Elle met ainsi en avant le fait qu'elle est imbriquée dans toutes les compétences et que toutes leurs activités sont susceptibles d'être questionnées par la recherche. [...] Elle revient ensuite sur les objectifs d'une telle pratique : « *Elle vise à élargir les champs des connaissances fondamentales de la pratique en les faisant progresser, en travaillant à l'émergence de nouvelles théories potentiellement utilisables en pratique. Elle permet d'affiner l'objet d'étude de notre discipline et d'identifier la complémentarité avec les autres. Elle permet de développer les approches autour de la philosophie.* »

[...] « *Donc de plus en plus on cherche à développer une culture scientifique, cette culture scientifique nourrissant la discipline à proprement parler* »

(Observation, cours d'initiation à la recherche, le 7/02/17)

Julia [documentaliste] insiste sur le fait que le mémoire est parfois ce qui bloque l'obtention du diplôme d'État. Elle explique « *que le mémoire s'inscrit dans la construction identitaire* ». Elle souligne que les formatrices y voient un moyen de voir si l'étudiante est apte à devenir diplômée, car il permet d'appréhender si elles ont acquis le mode de raisonnement, etc.

(Observations, UE Méthode de travail, cours sur la fiche de lecture, le 26/09/17)

Ainsi au cours des UE consacrées à l'apprentissage de la démarche de recherche, les formatrices dressent un fort lien entre la recherche et le processus de socialisation professionnelle, à l'image de ce qui se passe dans d'autres formations professionnalisantes (Gonnin-Bolo, 2002).

Comme le laisse entendre l'une des formatrices, il n'y a pas seulement une valorisation de la dimension scientifique, mais bien une familiarisation avec cette « culture », au sens de familiarisation avec la démarche de recherche et avec les connaissances issues de celle-ci.

II.2.c Transmission de la culture scientifique

Cette transmission de la culture scientifique passe dans cette institution d'enseignement à la fois par la confrontation à des cours explicitement destinés à véhiculer cette culture, mais également par la mise à disposition de certaines ressources (Perronet, 2017).

Une place centrale est accordée à l'apprentissage de la démarche scientifique au sein des enseignements. L'IFSI familiarise de manière manifeste les étudiantes avec la recherche. Ces dernières se doivent, à la fin de leur cursus, de rendre un MFE (mémoire de fin d'études) qui s'apparente aux mémoires professionnels que l'on peut retrouver dans plusieurs formations professionnelles (J.-M. Barbier & Demailly, 1994), notamment dans la formation des enseignants et enseignantes (Cros, 2007 : Gonnin-Bolo, 2002) ou des travailleurs et travailleuses du social (Iori, 2017 : Molina, 2016). Il s'agit d'un mémoire « centré sur l'étude d'une question professionnelle »⁹⁴ dans lequel les étudiantes sont amenées à problématiser une situation de soins, à faire des recherches bibliographiques, à mener une enquête et à restituer leurs résultats dans un écrit qui fait l'objet d'une soutenance. Elles sont ainsi initiées à la « praxis scientifique », comme en rendent compte les travaux de sciences de l'éducation de V. Bedin et M. Fournet (1998) :

« Dans cette phase de l'analyse (de la pratique professionnelle à la praxis scientifique), le mémoire professionnel est un moyen puissant de formation, car il permet l'appropriation :

- de pratiques et de modes de raisonnement « de type scientifique » favorisant la conscientisation, l'objectivation, la distanciation (de la recherche bibliographique à la communication écrite des résultats) :

- de référentiels théoriques et de connaissances expérientielles dont l'auteur propose une synthèse écrite susceptible de produire de nouveaux savoirs sur le

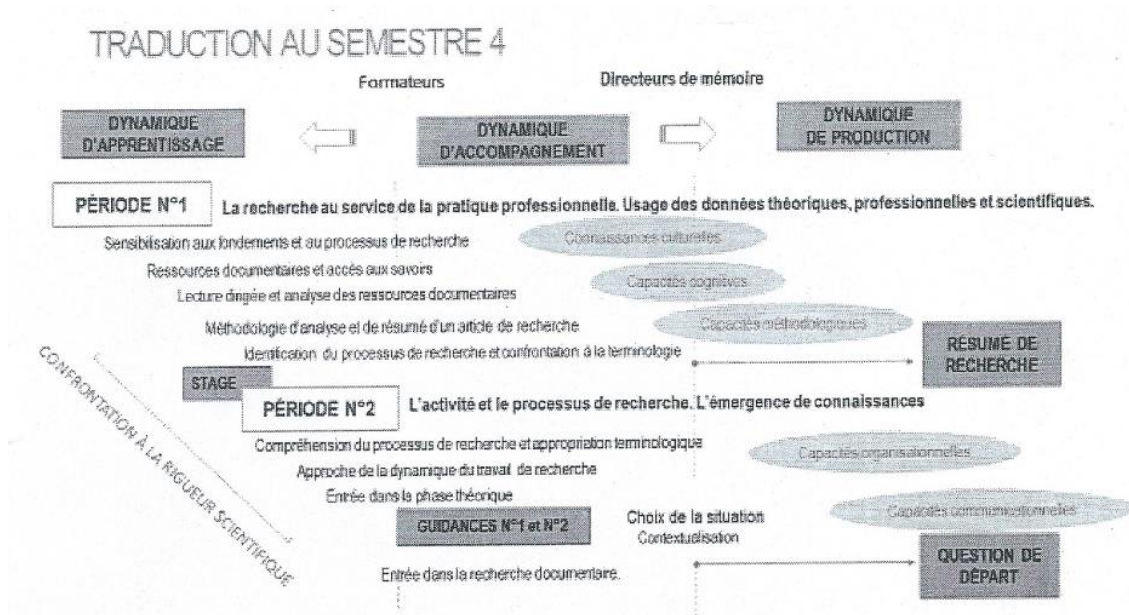
⁹⁴ Berger-Levrault 2015, p.90

problème posé (intertextualité) :

- de techniques, de pratiques énonciatives et discursives, caractéristiques du travail d'écriture à vocation scientifique contribuant à asseoir l'apprenant comme un auteur au sens propre »⁹⁵

Leur cursus de formation prévoit d'ailleurs un certain nombre de cours destinés à les familiariser avec ce monde de la recherche. Elles ont une UE « *Méthode de travail et utilisation des TIC* [Technologies de l'information et de la communication]. » (UE6.1s1) et le référentiel comporte trois unités d'enseignement centrées sur l'initiation à la démarche de recherche qui permettent « *aux étudiant[e]s de développer des compétences dans le domaine de la veille professionnelle et de la recherche* »⁹⁶. Il s'agit de deux UE la 3.4s4 et la 3.4s6 intitulées « *Initiation à la démarche de recherche* » et de l'UI 5.6s6 « *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* ». Au total 40 heures CM, 65h TD et 35h TP sont consacrées à ces trois enseignements.

Schéma 1 : Vue d'ensemble du dispositif d'initiation à la recherche



Source : Guide de l'étudiant : Initiation à la démarche de recherche, document distribué en cours le 7/02/17 aux étudiants de deuxième année.

Comme le montre ce schéma distribué aux deuxièmes années lors d'une séance introductive sur l'initiation à la démarche de recherche et comme le laissent entrevoir les objectifs explicités dans le référentiel, les étudiantes apprennent à identifier les ressources documentaires scientifiques dans le domaine du soin et de la santé et à mettre en œuvre une veille professionnelle, elles se familiarisent avec les méthodes quantitatives et qualitatives ainsi

⁹⁵ Bedin & Fournet, 1998, p. 4

⁹⁶ Extrait du guide de l'étudiant, initiation à la démarche de recherche, distribué dans le cadre de la présentation de l'UE *Initiation à la recherche* à la promo 2015-2018.

qu'avec les démarches de recherche. Elles sont ainsi initiées par exemple à mener des recherches documentaires comme dans ce cours de deuxième année proposé par la documentaliste où les étudiantes doivent par groupe mener une recherche sur le thème « *des émotions dans le soin* » afin de découvrir les différentes bases de recherche : plateforme Alexandrie, EMPremium, Banque de Données en Santé publique (BDSP), l'ISSA ou internet.⁹⁷ Les futures infirmières sont également amenées à analyser les résultats d'une étude de recherche, mais aussi à faire du lien entre théorie et évolution de la pratique. Elles apprennent à formuler un questionnement à partir d'une problématique professionnelle, à utiliser des données scientifiques et à choisir des méthodes d'investigation afin de les mettre en œuvre. L'ensemble de ces enseignements renvoient aux compétences 7 et 8 du référentiel : « *Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle* » et « *Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques* ».

La transmission de cette démarche se fait également par la valorisation de la réflexivité (cf. Chapitre I). Les formatrices insistent pour que les étudiantes ne restent pas dans le faire.

Eugène [formateur] explique que l'analyse de situation est l'outil par excellence de la réflexivité. Dimension qui est « *visée, souhaitée pour vous* ». [...] Il explique qu'elles vont avoir beaucoup à employer la réflexivité, le « *réfléchissement* ».

(Observation, présentation UE 6.1 méthodes de travail, le 13/09/17)

Cette prise de recul sur la pratique prônée au sein du référentiel et par les formatrices participe en effet à cet apprentissage de la culture scientifique.

Enfin, une telle transmission passe par les ressources proposées aux étudiantes. Comme le souligne C. Perronet dans sa thèse qui porte sur la façon dont se construisent les pratiques et les représentations des sciences des enfants en milieux populaires : « *en dehors des cours et contenus pédagogiques, dont l'influence est limitée, la socialisation scolaire aux sciences passe par l'usage et la mise à disposition d'objets culturels scientifiques dans l'espace scolaire, que ces objets soient supports de pratiques collectives ou individuelles.* » (Perronet, 2017). L'IFSI met à disposition des étudiantes de tels « objets culturels scientifiques » au sein du centre de recherche et de documentation (CRD) en proposant l'accès libre à un certain nombre de magazines qui se réclament d'une dimension scientifique (cf. Tableau 26, p. 178). Au total, cinq revues disponibles diffusent des articles scientifiques. C'est le cas des revues *Ethique et santé*, *Médecine palliative*, *Douleurs*, *Revue francophone internationale de recherche infirmière* et *Recherche en soins infirmiers*, ce qui représente près de 15 % de l'offre d'abonnements du CRD.

⁹⁷ Observation, cours de 2^{es} années, exploitation CRD, 12/09/17.

Tableau 26 : Liste des revues auxquelles le CDR de l'IFSI est abonné

Revue pour les soignants, soignantes, professionnels et personnelles de la santé		
Types de revues	Noms	Descriptif
Scientifiques et professionnelles	<i>Douleurs.</i>	Publication d'articles sur la recherche scientifique et sur le progrès clinique ainsi que des articles qui apportent des solutions opérationnelles et renforcent l'aide au diagnostic.
	<i>Médecine palliative</i>	Revue transversale et pluridisciplinaire autour des soins palliatifs, soins de supports et d'accompagnement. Elle propose à la fois des synthèses de sujets médicaux, des études scientifiques, mais également des expériences professionnelles et des rapports de pratique.
	<i>Éthique et santé</i>	Revue interdisciplinaire pédagogique à vocation scientifique. La revue publie des travaux de sciences historiques, sciences sanitaires et sociales, philosophie, ethnologie, théologie, droit, praticiens, médecins et acteurs du système de santé. Revue qui publie des retours d'expériences et des réflexions sur la pratique, mais aussi des travaux de recherche.
Vulgarisation scientifique	<i>Remaides</i>	Journal militant de vulgarisation scientifique et thérapeutique sur le VIH et les hépatites virales.
Professionnelles	<i>Droit. Déontologie et soin.</i>	Revue proposant une réflexion sur la déontologie
	<i>Objectif Soins management</i>	Revue des cadres de santé qui propose des aides pour maîtriser les outils et enjeux de l'organisation de soin. Article émanant essentiellement de professionnels et professionnelles.
	<i>La santé en action</i>	Revue consacrée à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Articles écrits par des professionnels et professionnelles.
	<i>Perspectives soignants</i>	Revue trimestrielle qui propose des articles sur la pratique clinique et sociale. Elle propose des textes sur l'organisation des soins, l'éducation à la santé, l'évaluation, l'éthique, la gestion, la formation et les sciences humaines.
	<i>Santé mentale</i>	Mensuel d'information et de formation destiné au soignant. Sa ligne éditoriale est centrée sur « une clinique pluridisciplinaire ». Elle allie pratique et « vulgarisation à la rigueur théorique ».
	<i>ADSP. Actualité et dossier en santé publique.</i>	Revue trimestrielle thématique produite par le Haut Conseil de la Santé publique adressée aux acteurs de santé. Revue qui se veut « pédagogique et non scientifique. »
	<i>Soins gérontologie</i>	Revue professionnelle qui aborde l'actualité, qui propose des dossiers thématiques, qui questionne les savoirs et les pratiques et qui propose des fiches médicaments et/ou situation de soins.
	<i>Soins psychiatrie</i>	Revue réunissant des articles professionnels qui privilégie une approche disciplinaire.
	<i>Soins pédiatrie/puériculture</i>	Revue professionnelle qui vise à tisser un réseau entre tous les acteurs du soin qui entourent et accompagnent l'enfant. Elle réunit les écrits de professionnels et se compose de trois parties : actualités, dossier, savoirs et pratiques.
	<i>Soins cadres</i>	Revue qui s'adresse aux acteurs exerçant une fonction de direction des soins. Elle propose des articles sur l'organisation stratégique et opérationnelle des soins, sur la formation initiale ou continue des professionnels de santé.
	<i>Actusoins</i>	Magazine d'actualités professionnelles, de reportages et enquête.
<i>Centre hospitalier Lérins</i>	Magazine de l'hôpital de Lérins.	
Revue spécialisée aides-soignantes		
Types de revues	Noms	Descriptif
Professionnelles	<i>Soins aides-soignantes</i>	Revue du CEFIEC et GERACFAS qui propose des rubriques et dossiers thématiques relatifs à la profession.
	<i>L'aide-soignante. Le mensuel de l'exercice aide-soignant au quotidien.</i>	Mensuel adressé aux étudiantes et aides-soignantes en service qui propose des informations sur la gestion de la formation et de la carrière ainsi que sur l'exercice professionnel.

Revue spécialisée infirmières		
Types de revues	Noms	Descriptif
Scientifiques	<i>Recherche en soins infirmiers</i>	Revue qui diffuse des articles de recherche et d'approfondissement sur des sujets. Elle propose également des réflexions épistémologique et méthodologique.
	<i>Revue francophone internationale de recherche infirmière</i>	Revue trimestrielle scientifique qui a pour objectif de promotion de la recherche en sciences infirmières.
Professionnelles	<i>Perspectives infirmières</i>	Revue professionnelle officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
	<i>La revue de l'infirmière</i>	Revue professionnelle fondée par la Croix-Rouge qui propose des dossiers thématiques, des rubriques relatives à la pratique et des fiches sur les techniques de soin, l'anglais, les plaies, etc.
	<i>Cahier de la puéricultrice</i>	Revue mensuelle spécialisée à destination des puéricultrices qui comporte des rubriques pratiques, des fiches, des actualités professionnelles. Elle aborde la question de la formation et le domaine de l'accueil, des soins et de l'environnement en lien avec l'enfance et la famille.
	<i>Soins</i>	Revue professionnelle qui apporte des éléments sur l'actualité des soins, sur les savoirs et les pratiques au sein de la profession. Elle propose des rubriques thématiques, des dossiers et des fiches synthétiques.
Actualité	<i>L'infirmière magazine</i>	Magazine professionnel qui propose un regard sur l'actualité ainsi que sur la formation et le développement de compétences infirmières.
	<i>Info CEFIEC</i>	Publication du Comité d'entente des écoles d'infirmières
	<i>Sérum</i>	Trimestriel produit par la fédération nationale des étudiants et étudiantes en soins infirmiers qui rend compte de l'actualité de la formation et de la profession
Revue d'actualités		
Types de revues	Noms	Descriptif
Presses locales	<i>Le Département</i>	Magazine du département.
	<i>Lérins magazine</i>	Magazine de la ville.
Presses nationales	<i>L'OBS</i>	Magazine d'actualité français.
Autres		
Types de revues	Noms	Descriptif
SHS	<i>Sciences humaines</i>	Magazine mensuel de vulgarisation des sciences humaines
	<i>Archimag</i>	Magazine des professionnels de l'information, spécialisé dans le management de l'information numérique.
	<i>Entreprise et carrières</i>	Magazine proposant une réflexion sur les grands enjeux de ressources humaines qui se posent dans les entreprises. Hebdomadaire sur le management et les ressources humaines.
	<i>Éducation permanente</i>	Revue internationale sur la formation pour adultes.

Source : Observation du centre de documentation de l'IFSI enquêté, juin 2017.

Remarque : La classification établie ici repose sur le positionnement des revues elles-mêmes. Pour établir cette classification qui n'apparaît pas dans l'IFSI observé, une étude des politiques éditoriales a été menée à partir des sites web de chaque revue.

L'importance de ce type de lecture pour leur formation et pour leur mémoire est soulignée par les formatrices lors de leurs enseignements portant sur l'apprentissage des méthodes de travail en première année :

11h27 : Julia [documentaliste] souligne que la lecture est nécessaire. Elle explique qu'il y a différentes sources en fonction du type de problématique qu'elles ont. Elle fait remarquer que pour une recherche sur les concepts, il faut aller chercher dans le Dictionnaire des concepts en soins infirmiers « *C'est vraiment la Bible.* »

(Observation, cours méthode de travail : recherche documentaire, le 15/09/17)

La *Revue éthique et santé* est décrite comme fondamentale. Julia souligne les références les plus intéressantes « *Je suis quand même très contente parce que vous avez sélectionné sans même les connaître des revues essentielles dans votre formation.* » [...] Julia les met en garde contre l'usage de certains sites : « *Un site de syndicat, il a un certain parti pris, donc ce n'est pas à utiliser dans vos recherches. Dans le futur, c'est pas franchement des sites...* » Elle présente les revues qu'elle donne comme intéressantes et essentielles : *Infirmière magazine, Perspective soignante, Soins cadre.*

(Observation, cours Méthode de travail : exploitation CDR, le 12/09/17)

Les étudiantes sont ainsi incitées de manière régulière dans les enseignements à aller voir du côté des revues scientifiques et professionnelles pour se tenir informées, comme dans ce travail de groupe mené dans le cadre de l'UI 5.4s4, *Processus de soin : Éducation thérapeutique* :

Patricia [formatrice] reprend les enjeux du travail avec elles. Elle rappelle qu'il s'agit pour elles de proposer un accompagnement des patients, en particulier sur le mode éducatif [...] Elle rappelle qu'elles sont parties de la dimension biomédicale, physiopathologique, qu'elles ont ensuite étudié l'individu et sa situation de santé pour en venir à interroger la relation entre soignants, soignantes et patients. [...] 11H38 : Distribution des documents par l'autre formatrice. [...] Patricia revient ensuite sur l'article qu'elle vient de distribuer, elle le présente comme une « *mine* », une « *aide* » et les invite à ne pas le mettre de côté.

(Observation, cours processus de soin : éducation thérapeutique, le 1/03/17)

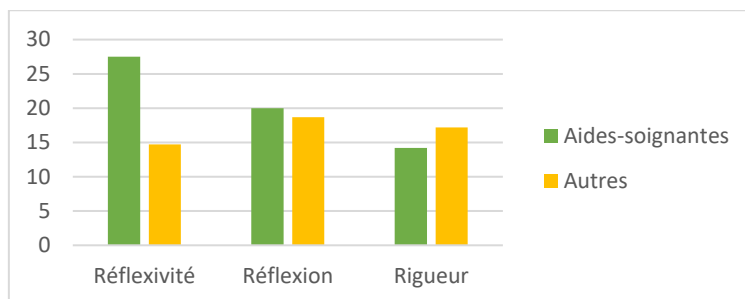
Contrairement aux savoirs liés au *care*, la culture scientifique est transmise de manière explicite et guidée, à la fois au sein des IFSI par des pratiques imposées et encadrées, mais également par la mise à disposition d'objets et de contenus scientifiques.

Les étudiantes tendent à s'approprier la culture et à l'apprécier de plus en plus. Elles sont un nombre non négligeable à intégrer l'idée que les savoirs associés à cette culture sont importants à investir pour devenir infirmière. Contrairement aux futurs enseignants et futures enseignantes qui sont soumis à une injonction similaire (Gasparini, 2008), les futures infirmières adhèrent en partie à cette exigence. Elles sont plus d'une sur six à citer la réflexion (18,7 %), la rigueur (16,6 %) et la réflexivité (16,6 %) comme compétence à développer dans leur cursus. Le sens critique est également mis en avant par quelques étudiantes (4,6 %). L'ensemble de ces divers éléments est donc cité par près des deux tiers des étudiantes (56,5 %), ce qui suggère que pour une grande part ces dernières ont intériorisé leur importance.

Une analyse multivariée permet de constater qu'avoir été ou non aide-soignante par le

passé influe significativement sur ce point⁹⁸. Les étudiantes ayant exercé ce travail tendent à valoriser plus que les autres les compétences cognitives, notamment la réflexivité.

Graphique 27 : Compétences perçues comme centrales à développer pour devenir infirmière en fonction du statut des étudiantes (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département

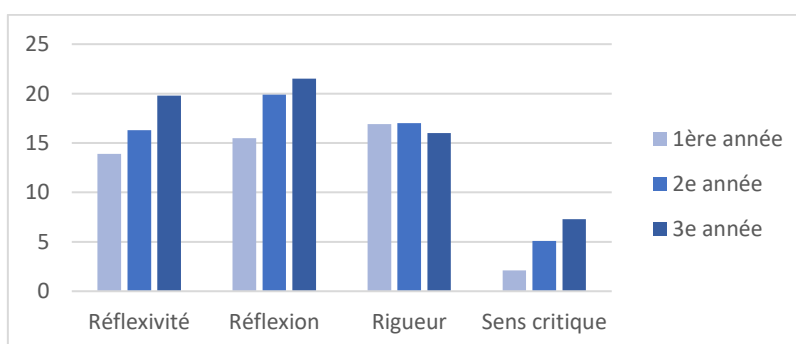
Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Les étudiantes aides-soignantes sont 27,5 % à déclarer que la réflexivité est l'une des deux principales compétences à acquérir pour devenir infirmière.

Elles sont un tiers (27,5 %) à évoquer la réflexivité, une sur cinq à citer la réflexion (20 %) et 14,2 % à parler de la rigueur quand on les interroge sur les deux compétences à acquérir avant la fin de la formation pour devenir infirmière alors que leurs homologues sont respectivement 14,7 %, 18,7 % et 17,2 % dans ce cas.

L'avancement dans la formation contribue à accroître la tendance à s'appropriier ces compétences. Les étudiantes tendent globalement à accorder de plus en plus d'importance à ces dernières⁹⁹.

Graphique 28 : Évolution des compétences jugées nécessaires à acquérir pour devenir infirmières en fonction de l'avancement dans la formation (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Les étudiantes de première année sont 13,9 % à citer la réflexivité parmi les deux compétences importantes à acquérir avant la fin de la formation.

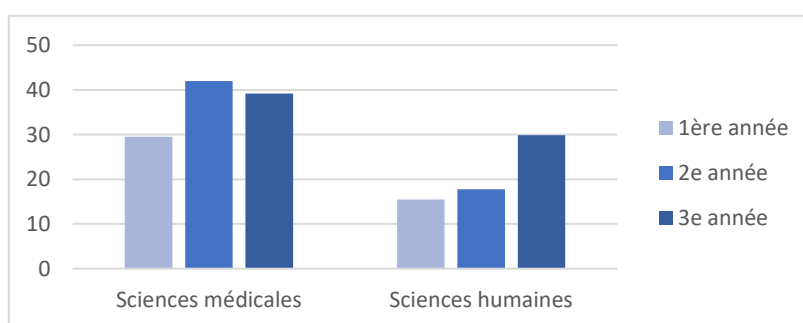
⁹⁸ Le croisement de variables, significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 permet de révéler des différences probantes.

⁹⁹ Le croisement de variables, significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 permet de révéler des différences probantes.

Les premières années sont seulement 15,5 % à citer la réflexion et 13,9 % à citer la réflexivité parmi les deux principales compétences à acquérir avant la fin du cursus alors que les troisièmes années sont 21,5 % et 19,8 % dans ce cas. Le sens critique est également de plus en plus cité par les étudiantes au cours de la formation (plus 5,2 points).

Si les étudiantes tendent à s'appropriier et à actualiser ces compétences valorisées au cours de la transmission de la culture scientifique, il apparaît aussi qu'elles tendent à apprécier de plus en plus les domaines de cette nature¹⁰⁰. Elles sont un nombre croissant à apprécier particulièrement les sciences médicales ou les sciences humaines et sociales.

Graphique 29 : Évolution du goût pour les domaines scientifiques en fonction de l'avancement dans la formation (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Les étudiantes de première année sont 29,5 % à déclarer aimer de manière privilégiée les sciences médicales.

Près de 40 % des troisièmes années déclarent aimer de manière privilégiée les sciences médicales, contre un peu moins d'un tiers (29,5 %) des premières années. Elles sont également plus du double à déclarer apprécier les sciences humaines et sociales en fin de cursus : 29,9 % contre 15,5 % des premières années. Le nombre d'étudiantes déclarant au contraire ne pas les apprécier décroît significativement pour ce qui est des sciences médicales passant de 13,7 % à 5,6 %. En revanche, elles sont un peu plus nombreuses à ne pas aimer les sciences humaines et sociales (plus 4,3 points). L'avancement dans la formation construit donc globalement une appétence de plus en plus accrue pour la culture scientifique, notamment pour les sciences médicales.

Le croisement de variables permet de voir que la filière secondaire suivie est déterminante dans l'appréciation de ces domaines. Plus les étudiantes ont été confrontées à un enseignement scientifique au cours de leur scolarité antérieure, plus elles l'apprécient¹⁰¹. Les

¹⁰⁰ Le croisement de variables, significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 permet de révéler des différences probantes.

¹⁰¹ Le croisement de variables, significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 permet de révéler des différences probantes.

bachelières S, STL et autres bachelières technologiques (hors ST2S et STMG) déclarent plus que les autres un goût pour les sciences médicales. Elles sont plus de 40 % dans ce cas, contre environ un tiers des bachelières issues d'autres filières. En revanche, ce sont celles qui viennent de L, ES, STMG et ASSP qui apprécient le plus les sciences humaines et sociales.

Graphique 30 : Préférences disciplinaires des étudiantes en soins infirmiers en fonction de leur baccalauréat d'origine (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.
Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.
Note de lecture : Les étudiantes de première année sont 29,5 % à déclarer aimer de manière privilégiée les sciences médicales.

Inversement, les étudiantes tendent plus souvent à déclarer ne pas aimer les disciplines qu'elles n'ont que peu côtoyées par le passé. Celles qui ont un baccalauréat SAPAT, ASSP, STMG, L ou ES expriment plus souvent que les autres une aversion pour les sciences médicales, alors même que dans ces cursus du secondaire, ce type d'enseignement est peu important au regard d'autres disciplines. Elles sont dans ces filières entre 12 et 33 % à déclarer ne pas aimer ce type d'enseignement contre 5,3 % des anciennes bachelières S et 8 % des ST2S qui ont quant à elles reçues des cours de biologie dans leur parcours antérieur. De la même manière, les bachelières professionnelles, les STL et les S déclarent plus souvent que les autres ne pas apprécier les sciences humaines. Ce type d'enseignement est peu fréquent, voire inexistant dans ces filières. Ainsi, plus les étudiantes ont rencontré un enseignement dans leur scolarité antérieure, moins elles s'y montrent réticentes et plus elles l'apprécient.

La formation en soins infirmiers vient renforcer ces goûts, puisque si on ne considère que les bachelières S et que l'on observe l'évolution de leurs préférences en fonction de l'avancement dans la formation, à l'instar de la méthode appliquée par S. Michon (2008) pour mesurer l'effet de la formation sur la socialisation politique des étudiants, on s'aperçoit que leur affinité avec les sciences médicales tend à se renforcer¹⁰².

Tableau 27 : Évolution des préférences disciplinaires des anciennes bachelières S en fonction de l'avancement dans la formation

	1 ^{re} année		2 ^e année		3 ^e année	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Goût pour les sciences médicales	49	32	61	54	53	46,9
Aversion pour les sciences médicales	15	9,8	2	1,8	3	2,7
Goût pour les sciences humaines et sociales	18	11,8	12	10,6	25	22,1
Aversion pour les sciences humaines et sociales	18	11,8	21	18,6	25	22,1

Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département

Champs : Ensemble de 379 bacheliers et bachelières S des 4 IFSI du département enquêté.

Note de lecture : Les anciennes bachelières S sont 32 % en première année à déclarer aimer de manière privilégiée les sciences médicales.

Alors qu'elles étaient un tiers (32%) à déclarer aimer les sciences médicales en début de formation et 11,8 % à apprécier les sciences humaines et sociales, elles sont près de la moitié en fin de cursus (46,9 %) pour les premières et 22,1 % pour les secondes. Leur goût pour les sciences, tous domaines confondus tend donc à se développer. Les bachelières S sont d'ailleurs de moins en moins nombreuses à ne pas aimer les sciences médicales : moins 7,1 points entre le début et la fin du cursus. En revanche, il faut tout de même noter qu'elles sont de plus en plus nombreuses à ne pas apprécier les sciences humaines et sociales. La formation vient donc conforter leurs préférences antérieures en matière de sciences.

L'ensemble de ces constats qui portent à la fois sur le curriculum et sur sa réception par les étudiantes invitent à reconnaître le caractère scientifique de cette formation et la production de dispositions qui lui sont associés. Contrairement aux représentations, ce cursus dont le public est largement féminin transmet une culture scientifique et un goût pour ce domaine.

¹⁰² Le croisement de variables, significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 permet de révéler des différences probantes.

Ce n'est pas la seule culture traditionnellement attribuée aux hommes à laquelle les étudiantes en soins infirmiers sont confrontées. La culture technique fait également partie de leur formation. Si le choix est fait ici de traiter séparément cette dimension, c'est moins pour instaurer une scission entre intellectuel/technique/relationnel ou manuel/intellectuel (Grignon, 1971), que pour mettre en évidence la matérialité de certains savoirs transmis dans le but de rompre avec la dissimulation de l'apprentissage de tâches matérielles dans les formations féminisées (Cartier & Lechien, 2012).

II.3 La culture technique dernier volet du triptyque des savoirs.

Dans cette formation, les futures infirmières sont invitées à apprendre à réaliser un certain nombre de soins techniques impliquant la maîtrise d'outils spécifiques et la manipulation. Une partie non négligeable du curriculum y est destinée. Cette formation cultive donc aujourd'hui des savoirs traditionnellement perçus comme masculins (Baudelot & Establet, 1992 : Flament, 1985 : Grignon, 1971 : Le Doueff, 1998 : Lemarchant, 2017 : Mosconi, 1994 : Tabet, 1979). Cependant, nous verrons qu'elle le fait de manière masquée, en respectant la représentation traditionnelle des savoirs.

II.3.a Une culture technique invisibilisée

En adéquation avec une vision traditionnelle (Cartier & Lechien, 2012 : Gardey, 2001 : Knibiehler & Fouquet, 1977 : Lemarchant, 2017), cette formation féminisée met à distance la culture technique dans son discours. Le terme de « technique » est peu valorisé dans la formation que ce soit dans les textes ou par les formatrices.

Les textes régissant la formation en font peu mention. Il n'est cité que six fois dans le référentiel de formation, sept fois dans le référentiel de compétences et trois fois dans le référentiel d'activité. Il apparaît donc à 16 reprises au total, soit 12 fois moins que le terme de « soin ». Les formatrices le mettent également peu en avant dans leurs enseignements et dans leurs discours. Elles m'expliquent lors d'une discussion informelle¹⁰³ qu'elles lui préfèrent le terme de « pratique » qui a un sens plus large et qui permet de tenir ensemble la technique et le relationnel.

Un tel positionnement contribue à masquer le rapport à la technique dans cette formation. Il participe à l'invisibilisation involontaire de la dimension matérielle du travail infirmier et à l'entérinement d'une idéalisation philanthropique de cette activité professionnelle. En d'autres termes, une telle rhétorique entretient le modèle traditionnel de la répartition « naturelle » des tâches et des savoirs qui place les femmes du côté du symbolique et les hommes du côté de la technique (Grignon, 1971). Les futures infirmières, comme les autres personnes du même sexe, se trouvent éloignées dans le discours de la technique.

¹⁰³ Discussion informelle avec plusieurs formatrices lors d'une présentation orale de quelques résultats de mon enquête, le 14 mai 2018.

Cependant, cette relative invisibilité de la technique ne signifie pas pour autant qu'elle occupe une place négligeable dans la formation des infirmières

II.3.b La technicité, une dimension constitutive de la formation

La culture technique renvoie bel et bien aujourd'hui à une réalité de la formation des futures infirmières. Cette dimension fait partie intégrante des attendus et des compétences de ce cursus. Les étudiantes la perçoivent d'ailleurs comme constitutive de leur parcours.

Une étude fine du référentiel permet d'entrevoir que cette culture technique, bien qu'à première vue occultée, occupe en vérité une place centrale dans le curriculum.

« Ils [les contenus de formation] font une place à l'enseignement des sciences et des techniques infirmières. » (Berger-Levrault, 2015)

Certains des enseignements dispensés la mobilisent explicitement. D'ailleurs, le référentiel précise que les unités d'enseignements (UE) doivent couvrir six champs dont deux qui se définissent explicitement comme relevant de la technique : « 3 : *Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes* » et « 4 : *Sciences et techniques infirmières, interventions* ». À l'instar des sciences, cette culture fait partie du contenu de la formation. Sciences et techniques sont d'ailleurs intrinsèquement liées et ne peuvent être pensées de manière séparée. Elles sont explicitement nommées comme des objectifs pédagogiques. Les étudiantes sont amenées à devenir des « praticiennes autonomes et réflexives » selon le référentiel, ce qui signifie qu'elles sont formées à la manipulation et à la mise en œuvre d'actes pratiques. Autrement dit, elles ont à acquérir des compétences techniques. Bien que présentes dès 1969, ce type de compétences gagne de plus en plus de place dans le référentiel (cf. Tableau 24, p. 170). Aujourd'hui, deux des neuf compétences professionnelles à acquérir contiennent une référence à cette culture : « *Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visées diagnostiques et thérapeutiques* » : « *Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapeutique* », « *Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs [...] Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients* ». La maîtrise technique est donc un incontournable de la transmission des savoirs dans cette formation. D'ailleurs, les étudiantes sont évaluées sur ce point. Le référentiel précise que « *la réalisation des actes, des activités ou des techniques de soin* » doit être contrôlée tout au long du cursus.

Si *a priori* on pourrait penser qu'une formation en alternance délègue au stage l'acquisition de ce type de savoirs, ce n'est pas le cas dans cette formation. Les compétences techniques sont aussi bien construites à l'IFSI qu'en stage. Toutes les personnels de formations, professionnelles comme formatrices, participent à leur transmission.

L'IFSI est un des deux lieux où l'acquisition et la transmission des gestes techniques a lieu, notamment lors de travaux pratiques (TP). Les étudiantes y sont réunies par groupe de quatre ou cinq, dans des salles spécifiques qui imitent la disposition d'une chambre d'hôpital. Pendant ces enseignements, elles s'exercent avec la formatrice à la réalisation d'un certain nombre d'actes : pause d'une chambre implantable, nettoyage de robinet. Une telle organisation n'est pas spécifique à la formation en soins infirmiers. Elle se retrouve dans d'autres formations comme dans les centres de formations d'apprentis (coiffure, etc.) (Moreau, 2003), à l'Université ou dans les classes préparatoires scientifiques où les étudiants et étudiantes ont à réaliser des travaux pratiques.

9h17 : Christelle [formatrice] demande aux étudiantes si elles sont à l'aise avec le matériel. Elle se met au milieu des tables qui sont disposées en carré et présente le flex. Elle décrit les différents éléments de celui-ci puis rappelle que comme pour tous matériaux, ils doivent vérifier l'intégrité. Elle présente ensuite deux perfuseurs et demande d'identifier les différences. [...]
9h26 : Christelle passe à la présentation de la manipulation qu'ils vont effectuer aujourd'hui. [...]
9h53 : Les étudiantes sont maintenant sollicitées pour effectuer la manipulation une par une.

(Observation, TP Perfusion, le 31/03/17)

Comme dans cet exemple, il s'agit à l'occasion de ces enseignements de proposer aux étudiantes d'expérimenter la démarche des techniques propres à leur discipline et de se familiariser avec l'utilisation du matériel. Les gestes transmis dans ce cadre sont présentés comme les gestes idéaux à réaliser dans la pratique, ou pour reprendre l'expression d'une formatrice comme les règles de « bonnes pratiques ».

« Ici, on vous donne le repérage de ce qui est à risque et dangereux et tout ce qui est bonne pratique. Après c'est l'alternance, c'est en stage que vous allez apprendre. Vous savez ce qui n'est pas à faire. »

(Propos tenus par Christelle, formatrice, lors d'un TP sur les perfusions, le 31/03/17)

Des prescriptions gestuelles sont ainsi énoncées lors des travaux pratiques. Leur bonne intégration est contrôlée immédiatement sur ces temps de cours par le regard des formatrices et/ou des pairs, mais également plus formellement lors des évaluations. Certains enseignements, comme l'UE 4.4 « *Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical* », se valident en effet par la réalisation d'une manipulation sous le regard d'une formatrice, ici au semestre 4 par la mise en œuvre d'une transfusion sanguine et au semestre 5 par une injection dans une chambre implantable. Néanmoins, comme le fait remarquer celle qui fait le cours précité, une partie de l'acquisition de la technicité se fait également en stage.

Une grande partie des gestes techniques sont en effet appris sur le terrain avec l'aide des professionnelles qui suivent les étudiantes.

Lisa [infirmière] prépare la prise de sang. Camille prend des notes sur les étapes sur un petit carnet qu'elle a dans sa poche de blouse. Lisa lui dit de toucher la veine. Elle lui demande ensuite si elle lui remontre comment faire une prise de sang. Camille approuve. Elle lui explique : « *tu touches la veine, tu tires la peau, t'enlèves le type.* »

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 21/11/17)

Comme dans cette scène observée lors du stage d'une première année, les étudiantes suivies dans le cadre de mon enquête ont régulièrement été amenées à apprendre les savoir-faire en direct, au contact des professionnelles, mais aussi des patients. Les stages ne sont pas des lieux où les étudiantes se contentent d'effectuer des gestes préalablement vus à l'IFSI. En conformité avec le modèle de l'« alternance intégrative » dont se réclame cette institution, les deux espaces servent de lieu de formation (Bachelard, 1994 : Malglaive, 2008).

« Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans les activités sont mis en évidence par les professionnels qui encadrent le stagiaire et par les formateurs dans les rencontres avant, pendant et après la mise en stage des étudiants. » (Berger-Levrault, 2015)

Le référentiel précise d'ailleurs explicitement que les savoirs techniques sont transmis autant par les infirmières que par les formatrices, en stages ou en TP. Les infirmières ont, au même titre que les formatrices de l'IFSI, un droit de regard sur l'acquisition des techniques. Elles ont à évaluer ce type de savoirs dans les évaluations de stage qui sont faites à partir de la grille présente dans le portfolio (cf. Annexe 4, p. 524). À l'occasion des bilans de stages, les infirmières expliquent aux étudiantes leur degré de maîtrise des compétences relatives à la culture technique des infirmières :

Niveau soin, bonne amélioration : suit les conseils, respecte les règles d'hygiène et d'asepsie. [...] Axe d'amélioration : Poursuivre la dextérité dans les soins. Doit faire plus de lien avec la théorie et la pratique.

(Extrait bilan intermédiaire du premier stage de Maïna, élève de première année en stage à l'EHPAD)

Dans l'un des extraits de bilan de stage déjà cité, il est possible de voir que les difficultés en termes de manipulation sont relevées. Les infirmières qui ont suivi cette étudiante de première année l'invitent à approfondir ces compétences gestuelles par la suite.

Loin donc d'éloigner les étudiantes d'une appropriation de cette culture, les données précédentes révèlent que cette formation prépare aujourd'hui les étudiantes à l'intériorisation de cette culture technique professionnelle.

II.3.c Une transmission par incorporation

L'apprentissage de la technique dans cette formation se fait essentiellement pour ne pas dire exclusivement par incorporation.

Dans ces deux espaces, stages et IFSI, la démarche d'apprentissage semble moins passer par la médiation d'un écrit ou par l'intellectualisation du geste technique que par le mimétisme : l'observation et la reproduction. L'importance du faire et du toucher pour apprendre est d'ailleurs soulignée autant par les formatrices que par les professionnelles.

« Si vous ne faites pas tout, vous ne retenez pas. » « Habituez-vous aux gestes, sinon ce n'est pas ancré. »

(Propos tenus par Christelle, formatrice, lors d'un TP sur les perfusions, le 31/03/17)

Une étudiante demande si elle doit remplir les données sur la planchette. Michèle, la formatrice, approuve : *« c'est important de visualiser de manière kinesthésique ».*

(Observation, TP contrôle pré-transfusionnel ultime ,CPTU, le 16/02/17)

Claire, l'infirmière demande si elle veut faire la toilette du bas. Maïna dit que *« c'est peut-être mieux de regarder ».* L'infirmière lui conseille de le faire : *« Je préfère que tu fasses, car je pense qu'on apprend mieux quand on fait. »*

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Cette dimension occupe une place centrale dans la transmission. Quand les étudiantes sont en difficulté, les professionnelles ou formatrices font appel à la mémoire gestuelle comme support d'apprentissage.

L'étudiante ne sait pas répondre. Michèle, la formatrice, lui demande donc de mimer le geste pour qu'elle trouve la réponse. Elle s'exécute. Elle fait mine de piquer le doigt de la formatrice avec une touillette et dépose à l'aide de la touillette le sang sur la planchette. Michèle l'interrompt et lui montre qu'il est plus simple de poser directement le doigt du patient sur la carte et que cela permet également d'en récolter en plus grande quantité.

(Observation, TP CPTU avec Michèle en formatrice, le 16/02/17)

Christelle, la formatrice revient à Alexis et lui demande de justifier. *« On le fait dans les règles de l'art ».* Il n'y arrive pas. Elle lui suggère donc de procéder par étape en redétaillant ce qu'il a fait. Alexis n'y arrive toujours pas. Pour l'aider, la formatrice mime les gestes qu'il a effectués quelques minutes auparavant. Cette fois, Alexis arrive à commenter chaque étape.

(Observation, TP CPTU avec Christelle en formatrice, le 16/02/17)

La transmission gestuelle semble donc centrale dans l'inculcation de ces savoir-faire techniques, comme pour l'apprentissage du travail des paludiers et des paludières (Delbos & Jorion, 1984). Plusieurs situations d'apprentissage ont été repérées, toutes faisant appel à la mémorisation de gestes.

La plupart du temps, cette transmission semble répondre aux mêmes schémas d'apprentissage. Plusieurs étapes se succèdent le plus souvent dans cet ordre :

1) L'observation silencieuse : les professionnelles ou formatrices donnent à voir le geste aux étudiants sans faire aucun commentaire. Les étudiantes regardent en silence, le plus souvent sans prendre de notes.

9h44 : Christelle, la formatrice, effectue la purge à l'endroit. La salle est silencieuse pendant l'écoulement. Elle démontre ainsi qu'au cours de ce type de purge, le contenu de la poche est entièrement vidé. Il n'y a donc pas la possibilité de remettre une perfusion sans repurger et c'est donc une perte de temps pour la voie principale.

(Observation, TP perfusion, le 31/03/17)

Quand Maïna rejoint Roxane, la professionnelle, elle est sur le point d'enlever un pansement. Cette dernière désinfecte et prend la pince pour enlever des agrafes. Maïna est allée se placer au pied du lit. Le soin se fait dans le silence.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

2) L'explicitation avec ou sans démonstration gestuelle : les formatrices ou professionnelles décomposent à l'oral les étapes du soin. Elles donnent à voir aux étudiantes les différents gestes à effectuer et elles explicitent l'ordre à suivre.

Christelle, la formatrice, explique une seconde fois le processus de purge à l'endroit à une étudiante qui ne semble pas avoir compris puis fait la démonstration d'une purge à l'envers. Pendant qu'elle manipule, elle commente ses actions.

(Observation, TP perfusion, le 31/03/17)

Il y a plusieurs prises de sang à faire. Pour la première de la journée, Claire, l'infirmière, la laisse regarder. Elle commente ce qu'elle fait. Elle lui dit de bien préparer son matériel avant, puis lui montre les différentes étapes. Elle lui conseille de nettoyer le matériel et lui montre ensuite comment remplir le papier.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

3) La réalisation sous surveillance. Les formatrices ou professionnelles laissent l'étudiante réaliser le soin en regardant attentivement ce qu'elle fait. Avant celui-ci, des recommandations ou conseils préalables ont pu être donnés. En TP, le plus souvent, les étudiantes passent une par une sous le regard attentif du reste du groupe et de la formatrice. En stage, l'infirmière reste au bout du lit et observe les gestes de l'étudiante.

4) La reprise. La réalisation sous surveillance est souvent suivie d'un temps de reprise pendant lequel les erreurs commises sont soulevées.

Christelle, la formatrice, revient ensuite sur la manipulation de l'étudiante et commente les erreurs qu'elle a effectuées jusqu'à maintenant, à savoir ne pas avoir enlevé ses gants avant de prendre un objet tranchant et ne pas avoir vérifié les dates de péremption. Elle reprend également l'étudiante sur sa manière d'ouvrir les différents matériaux puis insiste sur la « *marche en avant* ». Elle lui reproche de passer au-dessus des éléments stériles et l'invite à utiliser ses deux mains.

(Observation, TP perfusion, le 31/03/17)

9h30 : Amel, l'infirmière, qui suit Serge vient le chercher pour qu'il enlève les agrafes. Elle lui demande ce qu'il a déjà fait et lui dit que pour ce soin, elle fait tout le temps un protocole bêta. Serge lui répond qu'il en a déjà fait. Elle lui demande de préparer le chariot et l'observe. Ils sont dans la chambre de la patiente, au pied de son lit. Serge explique ce qu'il fait à la patiente. Il commence par décoller le pansement puis va préparer le kit. Il retourne ensuite au lit de la patiente, regarde la plaie, puis imbibe la cicatrice à l'aide d'une compresse pliée sur un ciseau. Amel le laisse faire. Une fois qu'il a terminé, elle lui dit : « *Normalement, il faut faire les pourtours avant et après la cicatrice.* »

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 28/11/17)

5) Enfin, la réalisation sans surveillance semble la dernière étape de l'apprentissage du geste technique.

Si ces différentes situations peuvent avoir lieu selon cet ordre. Il faut bien noter que ce n'est pas toujours le cas. Parfois, il n'y a pas d'observations silencieuses, des conseils préalables sont alors donnés et laissent place à une réalisation sous surveillance. D'autres fois, les professionnelles passent directement à l'étape 3.

Les observations en stage et à l'IFSI ont ainsi permis de révéler que l'apprentissage des savoir-faire était fondé sur l'intériorisation de gestes et des comportements pratiques. Un habitus se transmet par mimétisme, par l'intermédiaire de relations personnelles, et non par l'intermédiaire d'un savoir textuel et théorique, à l'instar de ce qu'a pu montrer S. Monchatre (2007) dans ses travaux sur l'enseignement technologique et professionnel au Québec.

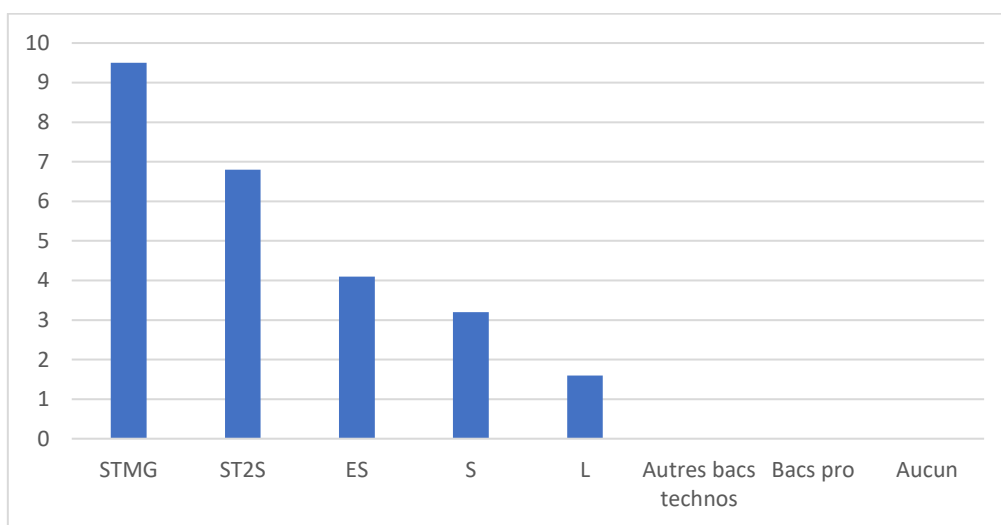
Une telle démarche d'apprentissage contribue à ce que les étudiantes ne le perçoivent pas comme une compétence transmise par la formation. Les étudiantes évoquent peu ce type de compétences lors de la passation des questionnaires pour rendre compte de ce qu'elles acquièrent au cours de leur parcours. La dextérité arrive seulement à la 13^e place d'après un classement tenant compte de la fréquence de citation. Seuls 2,9 % des étudiantes la mentionnent. La technique en elle-même est évoquée par moins d'une étudiante sur cent. Elles sont en effet seulement 0,8 % en moyenne à l'avoir évoqué spontanément dans la question ouverte. Si l'on comptabilise ensemble toutes les compétences relatives à la culture technique citées par les étudiantes, il ressort que les étudiantes sont seulement 3,9 % à évoquer ce type de compétence. Une analyse par année permet de constater que si elles tendent de plus en plus à le faire au cours de la formation¹⁰⁴, en fin de cursus, elles sont toujours une nette minorité dans ce cas (5,9 %). La forme « inhabituelle » de sa transmission (Lahire, 2000) explique sans doute en partie pourquoi les étudiantes l'évoquent aussi peu. Elle participe en effet à brouiller la place

¹⁰⁴ Le croisement de variables, significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 permet de révéler des différences probantes.

que les étudiantes peuvent lui accorder. En outre, leur position de « femmes » renvoyées par l'institution à leurs dispositions féminines (cf. p. 152) conduit sûrement aussi à passer sous silence leur apprentissage technique, en conformité avec l'injonction institutionnelle à occulter cette dimension (cf. p. 185).

Celles qui ont le plus tendance à avoir le sentiment de développer ce type de savoir-faire sont celles qui ont été le plus confrontées à des savoirs s'affichant comme tels dans leur cursus antérieur.

Graphique 31 : Fréquence des étudiantes ayant cité les compétences techniques parmi les compétences acquises au cours de la formation en fonction du baccalauréat d'origine (en %)



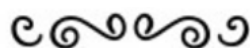
Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Les bachelières STMG sont 9,5 % à déclarer spontanément avoir développé des compétences techniques au cours de la formation.

Les anciennes bachelières issues des voies technologiques STMG et ST2S sont celles qui citent le plus fréquemment ce type de savoirs. Les bachelières STMG sont 9,5 % et les ST2S 6,8 % contre 3,2 % des S et 1,2 % des L. Les bachelières professionnelles et les non-bachelières ne les citent en revanche jamais.

Ainsi, l'apprentissage de la culture technique constitue une part non négligeable de la transmission des savoirs qui est relativement occultée contrairement à la dimension scientifique et à l'éthique du *care*.



La distinction opérée dans ce chapitre entre sciences, *care* et technique, bien que réductrice, laisse tout de même poindre les caractéristiques essentielles de la formation contemporaine des infirmières. Celles qui souhaitent investir ce rôle sont aujourd'hui encore largement incitées à endosser une éthique du *care*, en conformité avec une idéalisation philanthropique du travail auquel elles sont formées. Cependant une bonne partie du curriculum prévoit aussi une familiarisation avec la culture scientifique et la culture technique.

Cette composition tripartite suggère que les futures infirmières sont aujourd'hui davantage formées à devenir des scientifiques et des techniciennes du *care* que des soignantes dévouées. Autrement dit, une étudiante doit devenir à l'issue de sa formation, une « personne que ses connaissances rendent apte à occuper des fonctions scientifiques ou techniques actives en vue de prévoir, créer, organiser, diriger, contrôler les travaux qui en découlent, ainsi qu'à y tenir un rôle de cadre », selon la définition du terme ingénieur dans le dictionnaire Larousse. C'est cette réalité qui me pousse à parler d'ingénieurisation de la formation dans la suite de mon propos, non pas pour signifier que les études d'infirmières se dirigent vers une augmentation du niveau de qualification, mais plutôt pour rendre compte du fait que celles qui suivent ce cursus sont aujourd'hui amenées à être confrontées à un haut degré de technicité et invitées à être familières de la culture scientifique tout autant qu'à s'approprier une éthique du *care*. À l'instar de ce que décrit A. Dufour (1998) à propos des formations d'ingénieurs et ingénieures, la formation en soins infirmiers cherche à former des soignantes capables d'articuler des savoirs scientifiques et techniques pour répondre à des situations pratiques et singulières. Leur formation ressemble à celles des ingénieurs et ingénieures avant les années 1970, puisque ce cursus laisse place à l'initiative individuelle et que les enseignements problématisent et dialectisent la réflexion et l'action. Cette formation comme celles des ingénieurs et ingénieures de l'époque engagent une articulation entre « finalités techniques » et « finalités humanistes » (Dufour, 1998 : Lemaître, 2001 : C. Roby & Albero, 2013).

Une telle articulation de savoirs différenciés exigée par la formation questionne le lien entre socialisation genrée traditionnelle et formation au travail infirmier. La place prégnante dans le référentiel de ces cultures scientifique et technique révèle que cette formation valorise aujourd'hui d'autres types de savoirs que ceux qui sont traditionnellement accolés aux femmes, ce qui laisse présager que la socialisation que les étudiantes reçoivent est plus mixte que genrée, un point sur lequel reviendra la troisième partie de cette thèse.

La mise en évidence d'une telle transmission des savoirs scientifiques et techniques au sein d'une formation paramédicale féminisée interroge également notre manière de rendre compte de la question de l'orientation des femmes dans les voies scientifiques et techniques. L'analyse qui précède montre en effet toute la valeur heuristique d'une attention portée aux formations féminisées. Elle révèle qu'opérer un tel déplacement de focale permet de voir que ce qui pose problème, c'est peut-être moins l'orientation des femmes vers des filières scientifiques et techniques, que l'orientation des femmes vers certaines filières scientifiques et techniques, celles qui sont les plus prestigieuses et les plus reconnues comme telles. Les données de ce chapitre invitent en effet à se poser la question de la reconnaissance du caractère scientifique et technique des filières que les femmes investissent, mais aussi la question de la répartition des hommes et des femmes au sein des filières scientifiques et techniques.

Enfin, l'identification de ce cadre tripartite des savoirs invite à relativiser le hiatus entre science, technique et *care*. Ces trois dimensions peuvent coexister au sein d'une même formation. Reste maintenant à voir quelles sont les fonctions sociales d'une telle articulation : pourquoi ces savoirs sont-ils mobilisés ensemble ? Quels sont les enjeux qui sous-tendent la socialisation scolaire et professionnelle de cette formation ?

Chapitre III

Au cœur de la formation, la professionnalisation des infirmières

Les deux premiers chapitres de cette thèse ont permis de relativiser l'idéalisation philanthropique du travail infirmier. L'étude du cadre (*cf.* Chapitre I) et du type de savoirs transmis (*cf.* Chapitre II) révèle que les futures infirmières sont aujourd'hui préparées dans leur formation à devenir autonomes, mais également à mobiliser les cultures scientifique et technique. Ces premiers constats laissent en suspens plusieurs questionnements : comment comprendre une telle organisation et une telle distribution des savoirs ? Que vise cette formation derrière cette transmission des savoirs et qu'est-ce que cela produit ?

L'appréhension du contexte sociohistorique actuel est la clef pour comprendre les logiques internes de cette formation. L'étude de la situation actuelle des infirmières couplée à celle du discours institutionnel indique que ce cursus est aujourd'hui tourné vers la fabrication de ce que l'institution désigne comme les « professionnelles de demain ». L'analyse présentée ici complète les nombreux travaux portant sur la socialisation professionnelle des infirmières (Barraud, 2013 ; David, 1966 ; Girard, 2018 ; Piret, 2004 ; Rick, 2008 ; Roby, 2012 ; Rothier-Bautzer, 2012 ; Thouvenin, 2004) en montrant qu'en plus de préparer les infirmières à endosser le rôle qui est le leur sur le marché du travail, cette formation prépare les étudiantes au rôle souhaité pour le groupe professionnel dans le futur. La socialisation professionnelle qui a cours dans cette formation revêt une dimension corporatiste, à entendre ici dans le sens de D. Segrestin (1985) comme un mouvement de défense collectif des intérêts professionnels, tourné vers l'avenir et le changement¹⁰⁵, mais également une visée performative, c'est-à-dire que cette formation prépare les étudiantes à endosser non pas tant le rôle qui est le leur sur le marché du travail que celui souhaité pour les infirmières dans l'avenir. Cette perspective

¹⁰⁵ Le corporatisme ne désigne pas ici un mouvement de défenses d'acquis ou de résistances aux changements et se trouve dépourvu de toute connotation négative.

explique d'une part la distribution des savoirs et le fonctionnement de l'institution, et contribue d'autre part à redessiner les contours du rôle des infirmières, les éloignant de l'idéalisation philanthropique qui leur est traditionnellement accolée.

Dernière étape de l'identification du projet de socialisation à l'œuvre dans cette formation, ce chapitre permet de comprendre pourquoi cette institution d'enseignement fonctionne ainsi. Il apporte un éclairage nouveau sur les précédents en montrant que les paradigmes constitutifs de la formation rendent compte et participent aux luttes de pouvoir qui se déroulent au sein des professions de la santé (Aïach & Fassin, 1994). À l'instar de ce qu'a montré M-P. Pouly (2007) à propos de l'introduction des langues vivantes dans l'ordre scolaire, la mobilisation de la culture scientifique, de la rhétorique de l'autonomie et de la responsabilité ainsi que la transmission d'une éthique du *care* et d'une technicité dans le cursus de formation sont à voir comme une modalité d'engagement dans une lutte sociale dont l'enjeu est la reconnaissance du travail infirmier et des infirmières.

Après avoir rendu compte des objectifs explicites, les effets pratiques seront étudiés, montrant ainsi que cette formation prépare les étudiantes à entrer sur le marché du travail avec une vision spécifique de l'infirmière, mais aussi avec un rapport singulier au groupe professionnel qu'elles vont intégrer.

III.1 La professionnalisation des infirmières en perspective

Au regard des éléments mis en évidence dans les chapitres précédents, on peut se poser les questions suivantes : quelles justifications la formation met-elle en avant concernant cette distribution des savoirs et ce fonctionnement ? En quoi celles-ci permettent-elles de comprendre la socialisation à l'œuvre dans ce cursus ? Pour y répondre, le développement qui suit analyse les objectifs affichés de cette formation.

III.1.a Visée d'intégration d'un groupe professionnel

La réponse à une telle question semble évidente au regard des racines historiques de cette formation (Knibiehler, 1984). Ce cursus prépare au travail infirmier. Les étudiantes y sont amenées à endosser le rôle qui va être le leur sur le marché du travail. Cet objectif de professionnalisation¹⁰⁶ est explicitement exprimé par le référentiel :

« Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition des savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle »

(Berger Levrault, 15/03/15, p. 44.)

La formation en soins infirmiers prépare les étudiantes à devenir des professionnelles. Elle ne fait ainsi pas exception à une visée qui touche aujourd'hui bon nombre de formations de niveau 5 et 6, y compris des formations universitaires : sections de techniciens supérieurs (STS) (Orange, 2013), diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) (Champy-Remoussenard, 2008), formation des enseignants et enseignantes (Holmes Group, 1986; Peyronie, 1998) et des travailleurs et travailleuses du social (Wittorski, 2008), ou encore des éducateurs et éducatrices (Cadet et al., 2000). Elle est l'occasion pour les étudiantes d'acquérir des savoirs nécessaires à la réalisation d'un travail, mais aussi d'intérioriser les codes, les valeurs, et les croyances qui y sont attachés (Dubar, 2015). Cette finalité est directement exprimée par les formatrices.

Anysa [formatrice] rappelle que la formation vise à les faire devenir des professionnelles débutantes [...] Gwenaëlle [autre formatrice] souligne que c'est « une formation que l'on dit

¹⁰⁶ Dans cette partie nous appréhendons principalement la notion de « professionnalisation » comme une catégorie pratique de l'institution et secondairement (voir ci-après) comme un concept sociologique interactionniste abondamment utilisé par les travaux de sociologie des professions consacrés aux infirmières.

professionnalisante ». Elle évoque ensuite le second concept important : la compétence. [...] Anyssa : « Vous êtes là, dans un groupe, dans un parcours de formation. Vous êtes en construction. »

(Observation, présentation du projet de formation, le 11/09/17)

À l’instar de ce qu’a pu observer S. Orange (2013) dans les STS, les formatrices se font le relais de cette entreprise. Elles donnent ainsi à voir explicitement aux étudiantes l’orientation de leur parcours ce qui contribue à aiguiller les étudiantes sur la « direction » à donner à leurs efforts (Becker, 1977).

Gwenaëlle [la formatrice] passe rapidement au schéma suivant qui présente les niveaux de développement dans la formation. Elle explique qu’elles sont des « *étudiantes novices* » en première année, elles vont ensuite passer au statut « *d’étudiantes débutantes* » en deuxième année pour devenir des « *étudiantes compétentes* » en 3^e année. Elle souligne qu’à l’issue de la formation, elles seront des « *infirmières débutantes* ».

(Observation, présentation du projet de formation, le 11/09/17)

Le parcours de formation est dépeint comme un « processus » qui permet de passer d’une posture d’étudiantes « novices » à un statut de professionnelles « débutantes » pour reprendre les termes des formatrices. Ainsi, cette formation vise une socialisation professionnelle, ou pour reprendre les mots de R. Wittorski (2008) la « fabrication d’un professionnel ». Toute la structuration du cursus et des enseignements est d’ailleurs au service de cet objectif. La construction selon une logique de compétences¹⁰⁷ (Charpin, 2014) du « nouveau référentiel »¹⁰⁸, marque cette volonté d’adapter la formation à la demande professionnelle (Laval et al., 2011 ; Tanguy, 2000).

Le présent développement ne revient pas en détail sur ce point. D’une part en raison des nombreux travaux portant sur la formation en soins infirmiers et s’intéressant aux infirmières qui ont déjà très largement renseigné cette dimension de la socialisation professionnelle (Barraud, 2013 ; F. David, 1966 ; Girard, 2018 ; Piret, 2004 ; Rick, 2008 ; Roby, 2012 ; Rothier-Bautzer, 2012 ; Thouvenin, 2004) en montrant notamment comment cette formation

¹⁰⁷ Cette approche par compétence n’est pas spécifique à cette formation. Initialement mise en place dans la formation professionnelle (Tanguy, 2005), elle se retrouve aujourd’hui présente dans bons nombres d’autres formations du supérieur de niveau II ou III. L’introduction de la notion de « compétences » a modifié l’ensemble du paysage des formations supérieures, plus ou moins rapidement depuis la fin des années 1980. Dès 1989, elle apparaît dans la formation des enseignants (Boudoncle, 2000), elle est aujourd’hui présente dans la formation d’éducateurs spécialisés depuis 2007 (Qribi, 2008), dans le diplôme d’état d’ingénierie sociale (Hébrard, 2013), dans le diplôme d’auxiliaire de puériculture (Hébrard, 2013), etc. Elle marque une nouvelle perspective de la formation professionnelle en général, et de celle des infirmières en particulier (Laval et al., 2011). Celle-ci ne prend plus la forme d’une scolarisation de la « formation professionnelle », c’est-à-dire d’une formation qui sanctionne une maîtrise de savoirs caractéristiques d’un métier, mais elle s’inscrit dans un modèle de formations « professionnalisantes » qui vise à développer des compétences et des attitudes directement transférables sur le marché du travail.

¹⁰⁸ Le référentiel adopté en 2009, encore en application aujourd’hui, est toujours qualifié de « nouveau référentiel » au sein du monde des infirmières.

participe à la transmission d'une « culture professionnelle »¹⁰⁹ (Merton et al., 1957) et à la « conversion » identitaire de ses membres (Barraud, 2013 ; Dubar, 1991 ; Hughes, 1958) avec pour objectif de les faire intégrer le groupe professionnel des infirmières. D'autre part, car cette finalité ne permet pas d'expliquer entièrement pourquoi la formation met autant l'accent sur l'autonomie, la responsabilité et la recherche. Selon le Code de la Santé publique, les infirmières ont en effet pour objectif « *de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale [...] 2- de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leurs diagnostics et évaluer l'effet de leurs prescriptions 3- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes 4- de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales [...] 5- de participer à la prévention, à l'évaluation de la douleur et au soulagement de la détresse et psychique des personnes* »¹¹⁰. En outre, si elles ont « *compétence pour prendre des initiatives et accomplir les soins qu'il[elles] juge[nt] nécessaires* » dans le cadre de certains actes et soins strictement définis par l'article R4311-5, elles dispensent la plus grande partie de leurs soins « *soit en application d'une prescription médicale [...] soit en application d'un protocole écrit [...] préalablement établi, daté et signé par un médecin* »¹¹¹. La réalité actuelle de l'activité des infirmières telle qu'elle est définie dans la législation ne permet pas d'expliquer toute la socialisation que nous venons de mettre en évidence dans les chapitres précédents.

Un tel constat ne revient évidemment pas à nier le travail de socialisation professionnelle mis en évidence par les travaux précités ni à dire que les savoirs transmis au sein de la formation ne servent pas cette perspective, mais il permet plutôt d'entrevoir qu'il existe un autre élément qui pourrait déterminer le fonctionnement de la formation et la distribution des savoirs.

III.1.b Visée performative de la socialisation professionnelle

L'analyse du discours des formatrices permet de mettre en évidence une seconde finalité de la formation. Ces dernières laissent sous-entendre qu'elles forment les étudiantes à être des « professionnelles de demain ». Leur cursus est pensé comme un moyen de faire avancer les pratiques des infirmières et ainsi de gagner le statut de « professionnelle ». Les étudiantes sont préparées à endosser le rôle qui est souhaité pour le groupe professionnel dans le futur.

¹⁰⁹ L'apprentissage d'une « culture professionnelle » implique l'apprentissage de gestes techniques, de valeurs (Merton et al., 1957), mais également la transmission d'un vocabulaire spécifique (Hughes, 1958).

¹¹⁰ Article R. 4311-1 du Code de la santé publique.

¹¹¹ Article R. 4311-7 du Code de la santé publique.

Aux yeux des formatrices en effet, cette formation est conçue comme un moyen de créer une nouvelle génération d'infirmières.

Patricia [formatrice] termine son cours en évoquant le fait que la formation qu'elles [les étudiantes] suivent vise à les préparer à être des « *professionnelles de demain* », mais pas du présent. « *Sinon vous serez inadaptées* ».

(Observation, cours d'initiation à la recherche le 7/02/17)

« *Vous êtes des professionnelles de demain.* »

(Propos tenus le 26/09/17 par Christelle, formatrice, lors d'un cours législation, éthique et déontologie, UE 1.3)

L'objectif de professionnalisation qui traverse la formation des infirmières, comme d'autres formations du secteur sanitaire et social, revêt une « fonction performative ».

Le directeur leur rappelle que la « profession » évolue. Il les sollicite pour donner des exemples de « professions » ayant disparu. Les étudiants interviennent spontanément. Ils évoquent les éléments suivants : photographe, mineur, rémouleur et rémouleuse, gardien et gardienne de phare, pompiste... Le directeur approuve et explique que ce sont des « métiers » qui ont disparu, car ils ne produisaient plus de services dont la société avait besoin. Il insiste sur le fait que ce sont des « métiers », laissant ainsi sous-entendre qu'il ne s'agit pas de « professions ». Il cite ensuite des exemples appartenant au monde de la santé : les aides-techniciens et techniciennes de laboratoires et les aides radio. Il souligne que pour ne pas disparaître, il faut répondre à un besoin de la société, il faut évoluer.

(Propos tenus par le directeur lors du 5^e jour de la semaine d'intégration, le 8/09/18)

Cette institution d'enseignement se veut vectrice de transformation, puisqu'elle porte une image prospective de l'infirmière. Tout l'enjeu est de fabriquer les professionnelles décrites lors des enseignements en invoquant la nécessité de s'adapter pour survivre. Comme l'explique Patricia, une formatrice, lors d'un entretien « *Aujourd'hui, on forme plus à ce qu'elle [l'infirmière] sera qu'à ce qu'elle est ou ce qu'elle a été* »¹¹². Cette formation professionnalisante est porteuse, ou plutôt, se veut porteuse d'évolutions. Cet objectif est affiché clairement auprès des étudiantes.

« *Vous formez aux professionnelles qu'on attend aujourd'hui, à l'allure où ça va aujourd'hui, quand vous sortirez ça sera déjà dépassé. On vous prépare à l'évolution du système de santé pour ne pas être dépassés. On ne vous forme pas à ce qu'on attend aujourd'hui, mais à ce qu'on attend demain. Vous allez être prêt à faire face à ce qu'est le professionnel aujourd'hui et à ce qu'il sera demain et après-demain. Il va falloir s'adapter. Aujourd'hui il faut repenser le soin, on ne peut plus accompagner comme on le faisait il y a deux ans, dix ans* ». Elle insiste sur le fait qu'il faut avoir les outils pour s'adapter.

(Propos tenus par Gwenaëlle, formatrice à l'IFSI, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/17)

Contre l'idée que les formations professionnelles ne feraient que préparer à l'exercice d'une activité professionnelle, l'étude du discours institutionnel révèle la volonté de façonnement de « professionnelles du futur », mais qu'est-ce que cette expression signifie ?

¹¹² Entretien avec Patricia, formatrice à l'IFSI le 8/12/16

Cette visée affichée ne peut être comprise qu'au regard de la définition associée au terme de « professionnelle » et à la position actuelle des infirmières que donne l'institution. L'étude attentive des propos tenus par le directeur permet de constater que ce dernier parle de « profession » et non de « métier » pour évoquer les infirmières. Dès le début de la formation, l'attention des étudiantes est attirée sur ce point. Elles sont invitées à faire la différence entre les deux :

Gwenaelle [formatrice] les interpelle sur la nuance entre « métier » et « profession ». Serena explique que pour elle, il y a une distinction entre métier de la santé et profession. Selon elle, un métier englobe plusieurs professions. Lou prend également la parole, puis Athenais qui suggère que le « *métier c'est ce qui est fait et que la profession c'est le titre* ». [...] Marjorie suggère que le métier a un lien avec le diplôme. Gwenaelle l'encourage à préciser ce qu'elle entend. Samantha lève la main pour suggérer que dans un métier, on travaille avec ses mains. Gwenaelle les interroge sur le statut des boulangers et des bouchers. Enrick intervient pour dire que la nuance est mince entre les deux. Andrea suggère qu'il y a une notion d'évolution dans le métier. Gwenaelle les invite à faire des recherches sur ce point et à ne pas attendre de réponses toutes construites de sa part.

(Observation, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/18)

Si la formatrice n'explicite pas aux étudiantes la définition de ces deux termes, elle leur demande d'apprendre à les différencier sans donner plus de détail sur les enjeux sous-jacents. En insistant de manière floue sur cette distinction entre « métier » / « profession », la formation réutilise à sa manière des débats et outils théoriques de la sociologie des professions¹¹³.

Les formatrices s'emparent par ailleurs du concept de « professionnalisation » au sens interactionniste¹¹⁴ et des analyses sociologiques montrant que les infirmières sont engagées dans un processus de professionnalisation (Barraud, 2013 ; Girard, 2018 ; Knibiehler, 1984 ; Rothier-Bautzer, 2012 ; Toffel, 2018) qui demeure inachevé (Barraud, 2013 ;

¹¹³ Bien qu'inexistante dans le langage courant en France, une telle différenciation, inspirée du monde anglo-saxon et de la division « profession » / « occupation », est en effet faite dans les travaux sociologiques français (Tourmen, 2007). Les « professions » y désignent des formes particulières de « métiers » qui bénéficient d'un certain prestige et d'une reconnaissance sociale (Demazière et al., 2009 ; Dubar & Tripiet, 1998). Elles font référence à l'ensemble des travailleurs et travailleuses exerçant une activité de même nom, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail et caractérisé par une légitimité symbolique du même ordre. Les « professions » sont dites plus « intellectuelles » et la légitimité sociale qui en découle est plus importante que pour les « métiers ». La dénomination de « profession » est d'ailleurs étroitement liée à l'université (Wittorski, 2005). L'accès aux « professions » se fait souvent par un cursus long et mettant en jeu des savoirs théoriques alors que les « métiers » s'apprennent davantage par des savoirs acquis par la pratique. Les « professions » désignent par ailleurs une activité contrôlée par une déontologie instaurée par la profession elle-même alors que ce n'est pas le cas dans les « métiers ». La prise en compte d'une telle distinction permet d'éclairer pleinement le sens de l'injonction faite aux étudiantes.

¹¹⁴ Une partie des recherches portant sur la question de professions, notamment les travaux des interactionnistes, défendent l'idée que la nature d'une activité n'est pas immuable. L'École de Chicago qui s'inspire de l'approche webérienne met en avant le fait que le statut des professions est lié à l'Histoire. Tout groupe de travailleurs et travailleuses peut potentiellement devenir un groupe « professionnel ». Le processus permettant de passer de l'un à l'autre est désigné par le terme de « professionnalisation » (Barraud, 2013 ; Wittorski, 2008).

Fourdrignier, 2009 ; Toffel, 2018 ; Wittorski, 2008)¹¹⁵. Elles réinvestissent une lecture linéaire de l'évolution du groupe professionnel ainsi que les termes de « quasi-profession » et de « semi-profession » (Fourdrignier, 2009) alors que ceux-ci sont critiqués par plusieurs travaux sociologiques (Divay & Girard, 2019 ; Toffel, 2018). Patricia, une formatrice qui fait un mémoire sur la constitution de la discipline infirmière et de la profession au moment de l'entretien, m'explique par exemple que plusieurs éléments freinent la pleine réalisation de la professionnalisation des infirmières.

« Notre corpus de connaissances, il est en cours de construction. On a une problématique historique qui est que, on fonctionne sur des connaissances empiriques euh, on a évidemment, on s'est inscrit dans le fait de construire des, de formaliser des sciences, des connaissances, et donc constituer les sciences ou la science infirmière. Là aussi, c'est problématique à ce jour. Donc en fait, enfin, moi ce que je voulais d'abord vous apporter c'est que, si on s'arrête sur le territoire national français, c'est qu'on est, il n'y a pas de discipline à proprement parler. On est, on en parle, pour autant elle n'est pas constituée et aboutie. On est en construction, voilà. »

(Entretien avec Patricia, formatrice à l'IFSI, le 8/12/16)

Elle évoque non seulement des obstacles internes, mais également externes qui viennent selon elle cristalliser une situation d'entre-deux pour les infirmières :

« Là encore, il n'y a pas un véritable paradigme établi qui a pris, qui a pris, euh la supériorité sur d'autres. Il y a plusieurs paradigmes qui composent avec des références biomédicales qui sont dues à euh, à des données historiques de construction du métier et de la profession. Et puis, tout doucement, des paradigmes où on affirme en fait un domaine à proprement parler. Mais à ce jour, sur, sur la situation nationale, il y a plusieurs paradigmes qui coexistent. Alors est-ce que ... C'est, c'est semi-paradigmatique en fait (sourire). On est semi-profession, semi-paradigmatique, mais je pense que c'est en lien aussi avec une construction en cours en fait.

[...] Donc, je pense qu'il y a ça, c'est-à-dire à dire que, il y a notre propre organisation et puis il y a la manière avec laquelle, notre propre organisation et les attributs qu'on développe, la manière avec laquelle tout cela est reconnu, reçu par ceux qui sont déjà structurés euh, en état. Donc, c'est vrai qu'il y a ça, c'est vrai qu'il y a ça. Là aussi, il y a une vraie, une vraie référence historique. C'est-à-dire que, à un moment donné, la réalisation ou en tout cas les avancées de notre groupe professionnel sont liées à, aux opportunités données par les médecins. »

(Entretien avec Patricia, formatrice à l'IFSI, le 8/12/16)

Cette idée est également perceptible dans les propos de cet autre formateur :

« Voilà, mais elle n'a pas...comment dire ? Elle n'a pas une discipline scientifique unique de référence quoi. C'est vraiment elle emprunte à...et à ce titre-là, c'est pour ça que je disais tout à l'heure qu'elle

¹¹⁵ Selon ces travaux, les infirmières sont engagées dans un processus de constitution en tant que « profession » : reconnaissance légale et instauration d'un diplôme au début du XX^e siècle, émergence d'un « rôle propre » qui vient asseoir l'existence d'actes spécifiques à partir des années 1980, création d'un ordre infirmier en 2006, établissement d'un code déontologique en 2016 et mouvement d'universitarisation engagé ces dix dernières années, c'est-à-dire émergence d'un mouvement de rapprochement entre cette formation et l'université (Concepcion, 2016 ; Noël-Hureau, 2015 ; Rigot, 2018 ; Roby, 2012), autant d'éléments qui correspondent à des étapes clés d'un mouvement de professionnalisation (Bourdoncle, 1993, 2007 ; Goode, 1969 ; Parsons, 1968 ; Perrenoud, 2001 ; Wilensky, 1964). Néanmoins, cette dynamique reste, selon ces travaux, en construction encore aujourd'hui. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de doctorat dans la discipline des sciences infirmières ni de section d'accueil au sein du Conseil national des universités (CNU) qui permettraient aux infirmières de poursuivre leurs études dans un cursus de recherche spécialement consacré à leur discipline. Même si des discussions sont en cours sur ces points, ils sont toujours inexistantes. La situation des infirmières se rapproche de celle des travailleurs du secteur social (Fourdrignier, 2009), que ce soit en termes d'activité professionnelle ou d'état de la formation.

est en phase de construction identitaire, c'est qu'à ce titre-là, je ne sais pas si...peut-être qu'on n'y arrivera jamais, hein. C'est peut-être une profession qui est appelée à rester comme ça un peu en, en recherche. »

(Entretien avec Eugène, formateur à l'IFSI, le 09/16)

Ce dernier défend l'image d'un groupe professionnel éclaté. À ses yeux, la multiplicité des paradigmes à l'intérieur du groupe des infirmières brouille la nature et l'existence de ce groupe, rendant difficile sa reconnaissance, et du même coup sa professionnalisation. Ce formateur fait également part des résistances venant des autres professions de la santé qui constituent selon lui un obstacle supplémentaire à la professionnalisation des infirmières.

Ainsi, l'injonction à devenir des « professionnelles de demain » repose en fait sur la croyance en la possibilité d'améliorer le statut de l'activité et des travailleuses concernées. Aux yeux de Patricia, formatrice, toute la formation qu'elles reçoivent porte d'ailleurs la trace de cet objectif. Selon elle, les enseignements sont objectivement organisés et construits en vue de l'évolution de ce groupe professionnel :

« C'est-à-dire qu'on voit quand même que chaque programme est intégré dans le programme qui le suit, mais on a, on a quand même les traces d'une progression dans un parcours de professionnalisation, dans la volonté de construire une discipline, etc. Donc on voit bien qu'on est dans cette discipline en émergence. On voit bien que, par exemple sur la dernière proposition du référentiel, on voit bien apparaître en fait deux champs bien distincts, dénommés " sciences infirmières ", euh, faisant référence à la fois à des fondements et à des investigations, et en périphérie, des savoirs qu'on va parler qu'on va dire, étiqueter de " contributifs " et qui relèvent d'autres disciplines ou d'autres champs. Donc, on voit bien que ça se structure en ce sens. Maintenant, euh, est-ce que c'est suffisant ? [...]

On voit bien que sur cette traçabilité que sont les, les... soit les programmes, soit les référentiels, on voit bien que euh, on trace en fait ce parcours de professionnalisation ou on souhaite même formaliser l'avancée de la profession au regard de, de sa visée, qui est quand même de pouvoir asseoir une discipline à proprement parler, de pouvoir exister au sein de l'université, etc., etc. Donc du coup, on voit bien qu'il y a cette marge de progression »

(Entretien avec Patricia, formatrice à l'IFSI, le 8/12/16)

La formation des infirmières et son référentiel évoluent au gré des changements de rôles de la profession, parfois à la suite de décrets ou de lois, souvent par anticipation. Les avancées de la profession et les ambitions du groupe professionnel sont formalisées dans le référentiel selon la formatrice interrogée. La distribution des savoirs au sein de la formation en soins infirmiers (*cf.* Chapitre II) est appréhendée par les formatrices dans cette perspective. L'accent mis actuellement sur la recherche, la science, l'autonomie et la mise à distance symbolique de la technique (*cf.* Chapitre II) est perçu comme un moyen pour le groupe professionnel d'asseoir le métier sur des connaissances théoriques, prestigieuses afin d'être reconnue comme « profession » :

Fabienne souligne que c'est important parce que ça renouvelle le métier, ça valorise notre rôle et puis ça nous permet de rester à jour. Gwenaëlle [formatrice] la reprend en soulignant que ça a permis de créer une identité professionnelle. Eugène, formateur : « *ça a permis de conceptualiser un certain nombre de choses et que c'est cette conceptualisation qui a permis à la profession d'évoluer* ».

(Observation, TAEC amorce stage préprofessionnel, le 6/06/17)

Cet enjeu sous-tend à leurs yeux la construction des programmes et explique la valorisation de certains savoirs et l'occultation de certains autres, en conformité avec les savoirs reconnus légitimes dans le champ de la santé. La valorisation de la culture scientifique apparaît particulièrement importante dans cette perspective comme le souligne cette cadre santé de l'hôpital :

Elle se demande quel est l'avenir de la profession qui est pour l'instant « balbutiante ». Son questionnement porte également sur la forme que prendra la recherche infirmière en France : soit du côté des sciences dures, du quantitatif, soit du côté des « sciences dites molles », des sciences humaines, du qualitatif. Elle suppose que cela dépend de la question de recherche, mais soulève également l'enjeu sous-jacent de reconnaissance qui obligera peut-être la recherche à devoir s'orienter vers la « science reconnue », la « science dure », « médicale ».

(Propos tenus le 14/11/17 lors d'un rendez-vous avec Cassandra, cadre de santé du service de chirurgie à l'hôpital)

La transmission de tels savoirs orientés vers les « sciences » de type médical permet pour cette cadre d'engager une reconnaissance des infirmières. Si elle tient un tel propos, c'est que la reconnaissance dépend en partie des autres professions comme le souligne une formatrice dans l'extrait suivant, mais aussi parce qu'aujourd'hui la référence au scientifique est un gage de légitimité au sein du monde de la santé, cet ancrage scientifique étant au fondement de l'autorité médicale (Foucault, 1963 ; Gaudillère, 2008 ; Hardy-Dubernet, 2010).

« C'est-à-dire que l'on n'est pas seul, qu'indirectement si on veut être reconnu, c'est sous couvert aussi de la vision qu'en ont les autres, euh, au regard de ce qui les a définis, au regard aussi des directives qui les ont définis »

(Entretien avec Patricia, formatrice à l'IFSI, le 8/12/16)

Ainsi, en leur transmettant des savoirs issus de la culture scientifique, dont les professionnelles sont traditionnellement dépourvues, les formatrices espèrent que les futures infirmières vont pouvoir s'imposer dans le monde de la recherche et au sein du monde de la santé. Cela permettra à leurs yeux de produire « l'acculturation » nécessaire à la finalisation de leur professionnalisation.

« On est dans une démarche d'acculturation parce que ce n'est pas ce qui nous caractérise en premier lieu. Dans le sens commun, c'est plus l'action. »

(Propos tenus par Patricia, formatrice, le 7/02/17)

Loin de dissimuler cette perception de l'état de la profession et de la formation aux étudiantes, le parcours de formation prévoit au contraire de l'explicitier. Des UE spécifiques sont consacrées à la présentation de l'histoire et des avancées de la « profession infirmière », notamment la 3.3s3 intitulée « Rôle infirmier, organisation du travail et interprofessionnalité » qui a pour objectif de « *situer la profession d'infirmier dans son histoire et dans son rôle aujourd'hui* », mais également le cours d'initiation à la démarche de recherche (3.4s6) qui prévoit une « *explicitation de la recherche infirmière en France et dans le monde (historique, communauté scientifique, organisation, communication, résultats, publication...)* ». Les étudiantes se voient ainsi livrer les clés pour comprendre que ce qui se joue au travers de leur formation, c'est la finalisation du processus de professionnalisation des infirmières.

La distribution des savoirs à l'œuvre dans la formation actuellement est présentée aux étudiantes comme ayant un objectif d'évolution de la profession et de reconnaissance du groupe professionnel.

III.1.c Visée corporatiste de la formation

En familiarisant les étudiantes avec ces enjeux, les formatrices invitent les étudiantes à s'imprégner du combat pour la reconnaissance de leur future activité professionnelle.

Les formatrices poussent par ce biais les futures infirmières à prendre part à ce processus. Les observations menées en cours m'ont en effet permis de constater que, plus que la transmission d'un simple constat relatif à la professionnalisation inachevée de l'activité, les enseignements dispensés invitent explicitement les étudiantes à défendre leur activité.

Gwenaëlle [formatrice] souligne que les représentations de la discipline, des sciences infirmières ont besoin d'évoluer et qu'elles vont le faire à travers eux.

(Observation, cours de présentation d'une UI, le 14/09/17)

Les discours professoraux poussent les étudiantes à s'engager dans une démarche de développement de leur activité professionnelle pour que les infirmières occupent une place plus approfondie dans le monde de la santé d'une part et pour que leur discipline gagne une place dans le monde de la recherche d'autre part.

Les formatrices en cessent de faire référence à cette activité professionnelle comme une entité collective. Nous y reviendrons à la fin de ce chapitre, ce cursus entretient dès le début de la formation un fort esprit de corps. Il s'agit pour les étudiantes d'appartenir à un groupe professionnel et de se mobiliser au nom de ce groupe :

« Vous êtes des professionnelles de demain, et on compte sur vous pour publier. »

(Propos tenus le 26/09/17 par Christelle, formatrice à l'IFSI, lors d'un cours sur la législation, éthique et déontologie, UE 1.3)

L'expression « on compte sur vous pour publier » énoncée par cette formatrice est à lire en ce sens. Il s'agit pour les étudiantes d'investir les canaux scientifiques et leur discipline au sein de l'Université afin d'agir en vue de la professionnalisation du groupe. De nombreuses injonctions à la poursuite d'études et à l'inscription dans la démarche de recherche sont ainsi énoncées par les formatrices :

« Si vous poursuivez vos études, et on vous encourage à le faire, au niveau master ou doctorat, quel que soit votre choix puisque la discipline mère n'a pas d'école doctorale, vous rentrerez plus finement dans cette structuration de la recherche, dans les méthodologies... »

(Observation cours d'initiation à la recherche, 2^e année, le 7/02/17)

Non seulement les étudiantes sont invitées à s'emparer de la démarche de recherche et de la culture scientifique transmises à l'IFSI, mais les formatrices et le directeur de l'IFSI les poussent aussi à prolonger leur cursus pour rejoindre l'Université et approfondir les questionnements autour de leur discipline. Derrière ce souci de faire entrer les étudiantes dans la recherche se cache bel et bien une injonction à défendre leur discipline et leur future activité professionnelle :

« Si on vous forme comme ça, c'est qu'on veut former des professionnelles qui soient sensibilisées à la démarche de recherche puisqu'il n'y a pas de profession qui évolue sans recherche... pour faire avancer la profession. »

(Propos tenu le 13/09/17 par Eugène, formateur à l'IFSI, lors du cours de la présentation des méthodes de travail, UE 6.1, et des sciences humaines et sociales, UE 1.1)

Au sein de l'IFSI, les étudiantes sont donc fortement poussées à s'emparer des enjeux de la professionnalisation et à se faire le relais de son avancement.

La socialisation professionnelle à l'œuvre dans cette formation est donc empreinte d'une dimension corporatiste et d'un éthos combatif. Une rhétorique agonistique est mobilisée, qui colle assez peu avec les stéréotypes féminins. Plus qu'une simple « révélation identitaire » pour reprendre l'expression des formatrices, il s'agit pour les étudiantes de faire preuve d'un véritable « engagement disciplinaire »¹¹⁶, voire professionnel.

Comme le montre cette discussion avec quatre étudiants et étudiantes, actuellement en deuxième année, une telle injonction les imprègne peu à peu.

¹¹⁶ Expression utilisée par Patricia, formatrice dans l'IFSI enquêté.

On évoque la semaine d'intégration. Irvin souligne qu'ils les ont « martelés » avec l'idée de « profession », de « paradigme ». Il m'explique qu'à l'IFSI, « *ils veulent qu'on devienne une profession comme les médecins* » [...] Il dit qu'ils font pleins de cours là-dessus [...] qu'il y a beaucoup d'enseignements consacrés à leur faire donner envie de défendre la profession. Asli va dans son sens et reprend ses idées. [...] Théo intervient et fait remarquer que leur « martelage » a quand même un impact, que ça influence un peu leur manière de voir. Irvin et Asli soulignent que ça les fait en parler et qu'ils font des blagues là-dessus, mais qu'« *à travers leur blague quelque part ça rentre* ».

(Discussion informelle le 21/09/18 avec des étudiants et étudiantes de 2^e année, soirée intégration des premières années)

La répétition de la nécessité de considérer leur activité comme une « profession » et de porter cette vision en dehors va les pousser à prendre position dans cette lutte pour la reconnaissance professionnelle. Les enseignements relatifs à l'histoire de la profession et aux paradigmes de la discipline des sciences infirmières renforcés par la rhétorique des formatrices viennent construire chez les futures infirmières une sensibilité à cette question.

Au-delà de la perspective de constitution d'une culture professionnelle et d'une conversion identitaire mise en avant par la plupart des travaux portant sur la socialisation professionnelle des infirmières, il s'avère donc que cette socialisation professionnelle revêt ce que nous avons fait le choix d'appeler une dimension corporatiste. Cette formation entend façonner des infirmières du futur.

Mais quelle est précisément cette « professionnelle de demain », cette représentation de l'infirmière du futur que la formation véhicule ?

III.2 Vers une modulation du rôle infirmier

Pour mieux faire ressortir les conséquences et les enjeux sous-tendant la rhétorique professionnelle, le développement qui suit explore les injonctions relatives au travail infirmier. Cette formation actualise une vision singulière du soin et des infirmières, et ce, dans une perspective d'autonomisation et de reconnaissance. Ce qui se joue, c'est finalement la définition du travail infirmier et de la place des infirmières dans le monde de la santé.

III.2.a Des soignantes singulières

L'image de l'infirmière transmise est celle d'une soignante singulière. Le cursus brosse les contours d'un rôle infirmier construit au regard des activités professionnelles attenantes.

Tout au long de leur formation, les étudiantes sont invitées à se construire une image de leur activité professionnelle par comparaison avec les autres professions de santé. Cette infirmière coordinatrice de la recherche paramédicale dans un CHU rend compte de cette démarche :

« Certains se sont approprié ce type de compétences, certaines infirmières, pour donner une plus-value parce que la discipline n'était pas enseignée, donc à un moment, il fallait qu'on ait envie pour qu'on dise pourquoi est-ce qu'on est utile et en quoi on est différent du médecin, donc elles se sont créé une espèce de savoirs »

(Entretien avec Rachel, infirmière coordinatrice de la recherche paramédicale dans un CHU, le 22/03/19)

À ses yeux, les infirmières se sont définies en complémentarité avec les médecins, une idée que partage également cette formatrice de l'IFSI.

« Bah déjà, alors il y a plusieurs choses, c'est-à-dire que fondamentalement, dans l'essence même, on n'a, on ne se définit pas de la même manière. C'est en complémentarité, on se distingue, on est en possible... on travaille en complémentarité, mais l'idée en fait d'une construction disciplinaire, c'est de, d'identifier le champ de compétences et le domaine d'investigation qu'est le nôtre, en complémentarité à d'autres professionnalités, et en particulier médicales. »

(Entretien avec Patricia, formatrice à l'IFSI, le 8/12/16)

La formation le rappelle sans cesse aux étudiantes et contribue ainsi à produire une « mentalité frontalière » (Pierron, 2017), c'est-à-dire qu'elle pousse les futures infirmières à voir leur territoire d'intervention comme singulier et spécifique au regard des autres professions de la santé. On voit bien ici comment en partant des « frontières » de l'activité professionnelle et de la discipline, la discipline et l'activité d'infirmière prennent forme (Abbott, 2016 ; M. David, 2017).

Régulièrement, les étudiantes se voient expliciter les différences qui existent entre le rôle qui va être le leur en tant qu'infirmières et celui des médecins.

Gwenaelle rappelle que la finalité des soins infirmiers est d'accompagner la personne à retrouver son équilibre en santé. Elle insiste sur le fait qu'elles sont des professionnelles de santé et non pas médicales.

(Propos tenus Gwenaelle, formatrice à l'IFSI, présentation d'une unité d'intégration, le 14/09/17)

Le travail infirmier est sans cesse posé en rupture avec celui de cette autre catégorie professionnelle, à travers notamment la mise en évidence d'un objet du travail distinct. L'infirmière est présentée comme visant « l'accompagnement » et le retour vers une situation d'équilibre.

« - Et du coup, là, le champ qui a été choisi par les infirmières, c'est plus, si j'ai bien compris toutes les théories, de se centrer plus sur le patient, une vision un peu holistique du patient, c'est ça ?

- Oui alors après, après il y a aussi des conflits là, parce qu'en fait d'un point de vue médical le médecin, il va vous dire qu'il se centre sur le patient. En tout cas, il y a une définition d'un métaparadigme autour de quatre grands concepts : euh, le soin, infirmier évidemment [rire], euh la santé, la personne et l'environnement. Donc ces quatre concepts en fait sont des concepts clés qui sont susceptibles de caractériser le fondement de la discipline. [...]

- D'accord et, et le soin, que vous avez qualifié « d'infirmier », ça, c'est quelque chose qui... pas qui me pose problème, mais si. Je pense que j'ai du mal à saisir exactement les différences entre les soins médicaux et les soins infirmiers.

- Ouais, alors en fait, ce qu'il faut... En fait, on pourrait... Alors ça, ce sont des références en fait hein, des références théoriques. On pourrait en fait distinguer ce qui relève du traitement déjà et ce qui relève du soin, traiter et soigner. Euh, dans une première, dans une première proposition, ce serait ça. La deuxième proposition, c'est, il y a une différence entre restaurer et entretenir. [rire] Vous voyez ? Euh, la manière avec laquelle on, on regarde les situations, euh c'est quand même une porte d'entrée ou un ticket d'entrée euh, sous couvert du concept de santé. C'est pas la maladie en l'occurrence. »

(Entretien avec Patricia, formatrice à l'IFSI, le 8/12/16)

Si avec les médecins, les infirmières se partagent l'action sur la santé des patients, elles ne cherchent pas à « traiter » la maladie comme eux. L'objet du travail médical est en effet de parvenir à un processus de guérison (Hardy-Dubernet, 2010, 2015). Les infirmières visent quant à elles l'« entretien » de la santé. L'objet de leur travail tel qu'il est transmis à l'IFSI renvoie à une vision plus large et positive de la santé. Pour les médecins, la santé correspond en effet à une absence de maladie. La définition de la santé des infirmières est plus proche de celle donnée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) : « *état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Il s'agit pour elles « d'accompagner la personne à retrouver un équilibre en santé », une idée que les infirmières rappellent fréquemment aux étudiantes.

La formatrice répète « *qu'elles sont dans un parcours pour être professionnelles* ». Elle remet ensuite l'accent sur le fait qu'être en bonne santé ne signifie pas la même chose pour tout le monde. Elle insiste sur le fait que la situation de soin n'est pas une maladie, mais « *une personne qui vit une expérience de déséquilibre. Et vous, c'est sûr ça que vous allez agir. Vous n'êtes pas là pour devenir des médecins. Vous êtes là pour devenir des professionnelles de santé et plus précisément des infirmières.* »

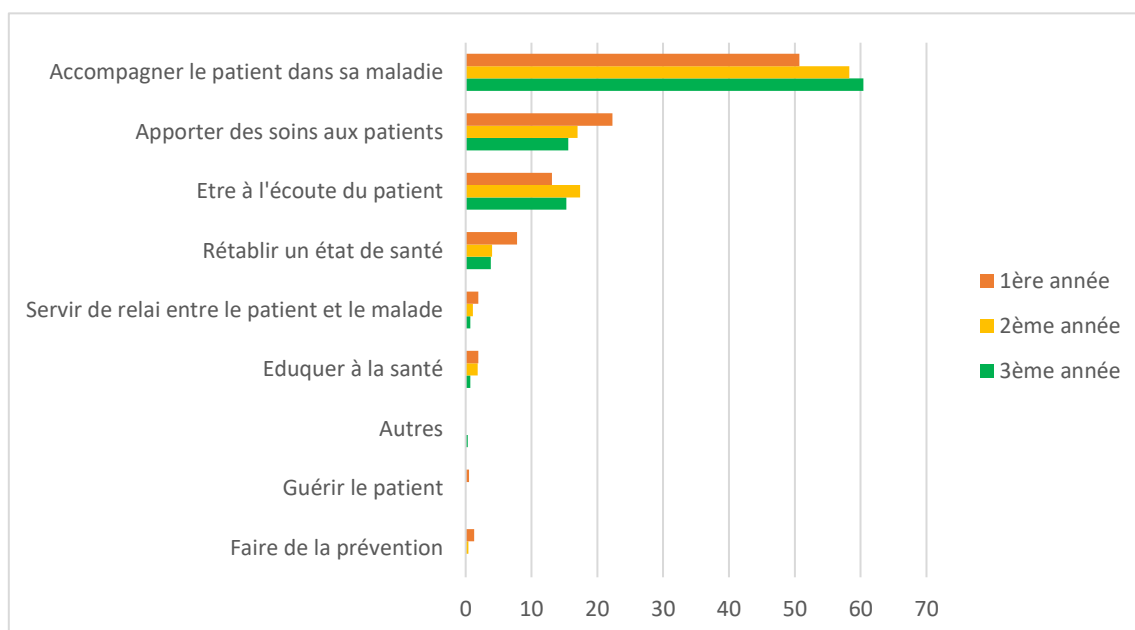
(Propos tenus par une formatrice au cours de la présentation de la compétence 3, le 12/09/17)

Ce qui se joue dans cette formation au travers de la socialisation professionnelle performative et corporatiste, c'est donc aussi, comme l'explique cette formatrice à ses étudiantes, une définition du soin et de la santé relativement spécifique.

Les étudiantes adhèrent majoritairement à la conception qui est véhiculée par leur formation. Elles sont une majorité (55,9 %) à déclarer que le rôle de l'infirmière est d'accompagner les patients dans la maladie et un nombre non négligeable à penser que leur travail est d'être à l'écoute des patients (15 %), mais aussi d'apporter des soins (18,7 %). Celles qui pensent que leur rôle en tant qu'infirmière est de rétablir un état de santé (5,4 %) ou encore de guérir les patients (0,2 %) sont très minoritaires.

Si les étudiantes partagent pour une large part cette représentation de la santé et du soin dès leur entrée dans ce cursus, elles sont de plus en plus nombreuses à y adhérer. Le point de vue des étudiantes varie significativement en fonction de l'année de formation¹¹⁷. La formation cultive donc cette représentation.

Graphique 32 : Évolution de la représentation du rôle de l'infirmière en fonction de l'année de formation (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Il y a 60,4 % des étudiantes de fin de troisième année qui adhèrent à l'idée que l'infirmière est là pour accompagner les patients dans leur maladie.

Leur point de vue correspond ainsi de plus en plus au discours institutionnel décrit précédemment : les étudiantes abandonnent progressivement leur vision curative du rôle de

¹¹⁷ L'avancement dans la formation est en effet significatif au seuil de 5 % d'après le test d'indépendance du khi 2.

l'infirmière. Alors qu'elles sont près d'une sur dix (7,8 %) en début de cursus à considérer que l'infirmière est là pour rétablir un état de santé et plus d'une sur cinq (22,3 %) à penser qu'elle vient apporter des soins, en fin de cursus elles sont respectivement 3,8 % et 15,6 % dans cette situation, soit une baisse de 4 et de 6,7 points. À l'inverse, il y a une hausse de 10 points concernant une perspective d'accompagnement, elles sont une petite moitié (50,7 %) en première année contre les deux tiers (60,4 %) en fin de troisième année à partager ce point de vue. La partition entre objet du travail infirmier et objet du travail médical se trouve ainsi largement confortée par la formation.

Une telle conception spécifique du soin et de la santé implique une prise en charge singulière, comme le laisse entrevoir le discours de la formatrice citée précédemment. Les infirmières considèrent, d'après les propos tenus aux étudiantes, que l'état de santé n'est pas le même pour tous les individus, ce qui suppose de partir des patients, de leurs manifestations corporelles et de l'écoute de ces derniers pour viser l'entretien de leur état de santé. Comme le souligne le directeur lors de sa présentation du rôle infirmier, les infirmières abordent les patients « *de manière systémique en insistant sur l'interrelation de ses composantes biopsychosociales* »¹¹⁸. Les futures infirmières sont amenées à prendre en compte la totalité de la personne dans ses multiples dimensions sociologiques, psychologiques et biologiques pour entretenir un état de santé singulier. Cette approche est dite « holistique » et constitue la spécificité de la démarche infirmière (Lert, 1996). Une telle approche diffère de celle des médecins. Les travaux portant sur cette profession ont en effet montré que ces derniers appréhendent la maladie à travers les phénomènes biologiques avant de les toucher par les manifestations corporelles ou par l'écoute du discours des patients (Hardy-Dubernet, 2010, 2015).

Ces deux activités professionnelles font donc appel à des compétences distinctes. Alors que l'approche des infirmières nécessite des compétences relevant de *l'éthique du care* (Grignon, 1971) qui, nous l'avons vu, sont fortement entretenues par la formation (*cf.* Chapitre II), la démarche médicale suppose l'usage de compétences rationnelles, de neutralité affective, mais aussi de savoirs scientifiques, des éléments que des travaux sur la santé ont révélé particulièrement présents dans cette profession (Arborio, 1996).

Ces différences sont saisissables dans la composition des référentiels de formation. Les savoirs attendus et transmis sont en effet une trace de la valorisation de ces compétences et des

¹¹⁸ Observation, 5^e jour de la semaine d'intégration, le 8/09/17.

éléments valorisés. La place prégnante des sciences humaines dans la formation en soins infirmiers en comparaison à sa relative absence dans la formation des médecins peut s'expliquer par la volonté d'appréhension systémique des patients que portent les infirmières en comparaison de la visée médicale essentiellement biologisante. En outre, la valorisation de la pratique dans la formation en soins infirmiers, à l'inverse de la formation des médecins (Hardy-Dubernet, 2015), atteste de la place différente accordée à la théorie dans ces deux activités professionnelles. Alors que la formation en soins infirmiers accorde une place essentielle au stage, les études médicales semblent délaisser cette dimension. La formation clinique y intervient relativement tard et ne participe pas au classement (Hardy-Dubernet, 2015). À l'inverse, elle est présente de manière conséquente dès la première année dans la formation des infirmières. Les stages représentent dans ce cursus 40,4 % des enseignements en début de parcours et jusqu'à plus des deux tiers lors de la dernière année. Ils comptent pour un tiers de la validation du diplôme (33,4 %) si l'on considère leur poids en ECTS (European Credits Transfer System)¹¹⁹. La distribution des savoirs caractéristiques de ces formations se révèle donc au service de l'imposition des rôles spécifiques de chaque profession.

Ainsi, l'idéal de l'infirmière véhiculée dans la formation apparaît défini d'une part au regard de la profession médicale. Les étudiantes sont invitées à se construire en rupture avec ce que représentent les médecins. Néanmoins, ce n'est pas le seul groupe professionnel qui vient borner l'activité des infirmières telles que la formation la présente aux étudiantes. Le travail des aides-soignantes sert lui aussi de « frontières ». Lors d'une discussion informelle avec Hugo et Mireille¹²⁰, un formateur et une formatrice de l'IFSI enquêté, ces derniers m'expliquent que l'activité des infirmières et celle des aides-soignantes abordent le soin avec « *différentes lunettes* ». Les infirmières portent selon eux un « *autre regard dans la prise en soin* » que les aides-soignantes.

Dans ses travaux, A-M. Arborio (1995, 1996, 2012) s'est attachée à décrire les activités du travail des aides-soignantes. Elle dépeint ce métier comme centré sur des tâches essentiellement domestiques et correspondant aux « *tâches les plus basses d'assistances au malade* ». Les aides-soignantes sont chargées des soins d'hygiène comme les toilettes, le

¹¹⁹ Les ECTS sont un système de mesure créé en 1989 par l'Union européenne dans un souci d'harmonisation européenne des diplômes de l'enseignement supérieur. À chaque Unité d'Enseignement (UE) validée sont attribués des crédits *ECTS* (European Credits Transfer System). Un semestre équivaut à **30 crédits ECTS**. Cette norme européenne favorise non seulement les échanges et les poursuites d'études avec l'étranger, mais facilite aussi les reprises d'études.

¹²⁰ Discussion informelle avec deux formateurs de l'IFSI le 8/09/17.

change des malades, mais aussi la réfection des lits, l'aide au repas, le nettoyage ainsi que des contrôles élémentaires comme les prises de températures. Elles accomplissent des « *tâches proches du savoir profane* » et peu techniques. Leur métier est un « travail sur l'homme » qui engage des compétences essentiellement relationnelles. Les aides-soignantes revendiquent le monopole des relations affectives ainsi que de la connaissance des patients. L'objet de leur travail correspond « au sale boulot » (Arborio, 1995) et à l'évaluation sociale des malades qui passe par un « savoir juger ».

Or, les observations au sein de la formation des infirmières révèlent que dans ce cursus, les futures infirmières sont invitées à ne pas effectuer ce type de tâches, voire à les « dépasser ». Les étudiantes doivent comprendre la rupture entre les tâches des aides-soignantes et des infirmières. D'ailleurs, celles qui sont ont été aides-soignantes se voient incitées à se détacher d'un placement du côté de leur ancienne pratique professionnelle :

Anyssa [formatrice] souligne qu'il y aura un dispositif spécifique pour les aides-soignantes pour accompagner leur entrée en stage : « *un accompagnement dans cette transformation, dans ce changement d'identité* ».

(Observation, explicitation projet de formation, le 11/09/17)

Dans l'IFSI enquêté, elles ne sont pas envoyées dans leur premier stage en même temps que les autres étudiantes afin de mieux préparer leur changement de position. Les formatrices parlent de « changements d'identité » auprès des étudiantes et de « transformation » pour évoquer le mouvement que ces étudiantes doivent opérer. Les professionnelles en stage veillent d'ailleurs à ce que les étudiantes comprennent bien leur nouveau rôle. Serge raconte comment lors de deux de ses stages, ces dernières lui ont fait comprendre qu'il fallait se détacher de ses habitudes de soignant :

Il me dit que dès le début l'équipe a insisté pour qu'il se mette dans la position d'infirmier et pas dans celle d'aide-soignant pour qu'il soit « *tout de suite dans la peau d'un infirmier* ».

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 27/11/17)

« *Au début c'était compliqué avec le positionnement, tu vois bien, étudiants, aide-soignant, infirmier euh... C'était un peu compliqué surtout que j'avais... ils voulaient pas que je fasse certaines choses parce qu'ils estimaient que c'était plus du rôle aide-soignant et pas du rôle infirmier. Donc c'est vrai qu'au début, c'était compliqué de gérer ça. Et puis bon après avec le temps, on arrive à... prendre conscience du rôle de chacun. [...] Après on est obligé de se, de faire comme ils ont envie qu'on fasse quoi* »

(Entretien avec Serge, 1^{re} année, aide-soignant, 34 ans, mère : décédée, père : technicien, le 23/10/17)

Pour les guider dans ce nouveau positionnement, les professionnelles encadrent étroitement les activités des étudiantes. Cet étudiant explique plus précisément comment il a été obligé de renoncer à certaines tâches, notamment celles auprès des patients.

Ses propos permettent de saisir que la démarcation avec les aides-soignantes passe pour une part par un refus du sale boulot, une idée qu'énonce explicitement cette formatrice lors d'un cours à l'IFSI :

Gwenaëlle [formatrice] insiste sur le fait qu'ils n'ont pas à nettoyer les toilettes « *ce n'est pas votre rôle.* »

(Observation, cours sur les soins d'hygiène et soins de confort, 27/09/17)

La non mise à distance du sale boulot fait l'objet d'un jugement négatif de la part des infirmières, comme le montre le bilan de stage de Samantha, aide-soignante en première année de formation :

« Par contre dans mon bilan [...] elle a mis voilà que je devais sortir de mon rôle aide-soignant [...] Mais en fait, j'ai jamais passé plus de temps avec les aides-soignantes quand j'étais en stage là-bas quoi. Justement, j'ai fait en sorte de ne pas trop euh me rapprocher d'eux. »

(Entretien avec Samantha le 6/02/18, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

Son discours laisse entrevoir comment les étudiantes sont invitées à ne pas se montrer uniquement dans le relationnel et la proximité vis-à-vis des patients. Nous reviendrons plus en détail dans le chapitre VII et VIII. Cependant, il est intéressant de noter ici comment la proximité avec les patients revendiquée pour se démarquer des médecins ne doit pas se manifester dans une aide de l'ordre de l'assistance à la vie quotidienne, et ce, dans un souci de ne pas être dans un rôle similaire à celui des aides-soignantes.

En outre, l'activité des infirmières qui se veut moins associée à la théorie que celle des médecins de par l'importance accordée à la pratique, ne doit pas non plus être dans la pure action si on en croit les propos de Serge :

« Je pensais que c'était plus une continuité dans mon travail d'aide-soignant, je pensais que c'était plus, bon la suite quoi, mais finalement euh, c'est vraiment deux mondes à part en fait. C'est deux métiers à part. L'aide-soignant, il fait les choses, et l'infirmière euh, elle réfléchit avant de faire, euh... Elle pose les choses. Elle voit les risques, les dangers, les machins et... Et en fait, on n'est presque pas au contact des gens en tant qu'infirmière, moi je trouve. »

(Entretien avec Serge le 23/10/17, 1^{re} année, aide-soignant, 34 ans,
mère : décédée, père : technicien)

Un peu plus loin dans l'entretien, il revient sur la surprise qu'il a ressentie face à la rupture entre ce qu'il devait effectuer dans son précédent travail et les tâches qu'il doit accomplir en tant qu'infirmier. Selon lui, la formation leur prescrit de ne pas être complètement dans le « faire ». Le discours institutionnel observé et analysé dans le chapitre précédent (*cf.* Chapitre II) confirme son sentiment. Les futures infirmières ne doivent pas être uniquement dans la manipulation et l'action. Contrairement à l'aide-soignante, elles doivent largement mobiliser la réflexion dans leur travail. La place forte de la technicité pour une part, mais aussi la

valorisation de la culture scientifique, d'une démarche clinique et de la réflexivité dans le référentiel actuel sont donc autant d'éléments qui servent cette distinction entre infirmières et aides-soignantes.

Mireille [la formatrice] dit que ce mode de raisonnement [le raisonnement clinique] « *permet pour l'infirmière de savoir quelles sont les origines, qu'est-ce qu'on voit et les actions qu'il y aura à faire.* » [...] Mireille les interrompt et explique que les anciennes aides-soignantes mobilisaient avant les démarches de soin, mais que le raisonnement clinique des infirmières va plus loin.

(Observation, cours raisonnement clinique, le 28/09/17)

Cette formatrice l'énonce explicitement aux étudiantes infirmières, au cours de la formation, elles sont censées aller plus loin que les aides-soignantes dans la connaissance théorique et dans la démarche clinique. Si la valorisation de la pratique et du *care* pouvait être perçue comme des éléments déterminants dans la construction d'une identité professionnelle distincte des médecins, on voit ici que la promotion de la réflexivité, des connaissances scientifiques et de la technicité mise en évidence précédemment sert quant à elle la démarcation vis-à-vis des aides-soignantes.

Les différents savoirs transmis dans la formation en soins infirmiers ainsi que l'identité professionnelle véhiculée à travers le discours des formatrices sont construits en rupture avec l'identité des médecins et des aides-soignantes. Le rôle infirmier brossé au sein de l'IFSI est étroitement associé à la notion d'accompagnement vers un retour à l'état de santé, au *care*, mais également à la réflexion et la réflexivité. Néanmoins, les constats n'éclairent pas les raisons d'une telle définition singulière.

III.2.b Des infirmières affranchies du pouvoir médical

Il semble que pour le comprendre, il faille se tourner vers l'analyse de la rhétorique professionnelle d'une part et vers l'histoire de la profession de l'autre. Derrière la rhétorique institutionnelle se profile en fait une lutte pour l'autonomie dans le champ de la santé. Depuis plusieurs décennies maintenant, la formation est engagée dans un processus d'émancipation des infirmières qui est aujourd'hui encore largement prégnant dans la formation de ces dernières. Tout est fait pour que les futures infirmières s'emparent d'une représentation autonomisée de l'infirmière.

Si comme nous l'avons rappelé en introduction générale de la thèse, les infirmières se sont, au cours de leur histoire, progressivement affranchies du pouvoir médical, l'autonomie reste aujourd'hui encore un enjeu (Feroni & Kober, 1995 ; Picot, 2005). Les observations

menées au sein de l'IFSI montrent que, les formatrices incitent explicitement les étudiantes à se détacher de la domination symbolique des médecins. Elles mettent fortement à distance la vision de l'infirmière exécutante.

« Les infirmiers sont des professionnels de santé (et non de simples adjoints aux médecins). »

(Copie d'une diapositive présentée par le directeur lors du 5^e jour de la semaine d'intégration, le 8/09/18)

Les formatrices insistent longuement sur ce point. Cette mise en commun d'un travail de groupe portant sur l'étude du référentiel de formation l'illustre parfaitement :

Un étudiant déclare *« On s'est fait reprendre quand on a dit rôle prescrit »*. Diane [formatrice] le corrige *« Ils ont été invités à voir où ils avaient trouvé rôle prescrit dans leur lecture du Berger Levrault »*. Elle glisse à l'oreille de l'étudiant en souriant : *« Il faut dire : invité, fortement conseillé »*. [...] *« Vous avez trois ans pour faire ça, pour faire la distinction et pour faire la nuance, essayer de découvrir pourquoi moi, en tant qu'infirmière, je suis heurtée par le fait qu'elle puisse avoir un rôle prescrit. »* [...] *« En quoi est-ce qu'un médecin pourrait bien prescrire un rôle à une infirmière ? »* Elle précise : *« Je ne vous attaque pas. Je vous demande de m'expliquer ce que vous mettez derrière »*. [...] Diane reprend la parole *« En aucun cas, elle a un rôle prescrit puisqu'elle a la compétence pour »*. Elle demande si l'infirmière a un rôle prescrit. La salle répond *« Non »*. Diane *« Est-ce que je l'entendrai à nouveau ? »* La salle répond collégalement *« Non. »* Elle continue : *« Est-ce que vous arriverez à m'expliquer pourquoi ? Peut-être pas tout de suite, mais vous y arriverez au cours de la formation. »* Elle ajoute *« Il faut qu'on se mette d'accord sur le vocabulaire. Ça fait partie de ces choses qui font partie de l'Histoire. »* Elle conclut : *« donc il n'y a pas de rôle prescrit. »*

(Observation, 5^e jour de la semaine d'intégration, le 8/09/18)

Non seulement les formatrices s'assurent de la bonne compréhension du programme (cf. Chapitre I), mais elles donnent surtout à voir avec force tous les enjeux d'émancipation qui sont contenus au travers de la définition des actes spécifiques des infirmières. La représentation de l'infirmière que les étudiantes sont amenées à construire doit correspondre à celle d'une infirmière autonome. L'accent est mis sur leur rôle spécifique (Rothier-Bautzer, 2012). Ces données suggèrent que la formation cherche à poursuivre le mouvement d'affranchissement mis en évidence dans l'introduction de cette thèse.

Elle le fait en promouvant un autre modèle aux futures infirmières : un modèle collaboratif entre les différentes professions du soin. Une représentation plutôt horizontale de la hiérarchie au sein du monde de la santé est transmise dans l'idée d'une collaboration pluriprofessionnelle, et notamment médicale.

Diane revient sur la place de l'infirmière et du médecin et insiste sur leur collaboration. Elle insiste, pour pouvoir entrer dans cette idée, il faut connaître le domaine d'activité de l'IDE.

(Observation, cours sur les thérapeutiques chez les enfants et les personnes âgées, le 28/09/18)

Cette formatrice explicite ainsi comment le rôle infirmier tel qu'il est transmis à l'IFSI vient compléter dans l'idéal celui des médecins. Les futures infirmières qui le maîtrisent pourront, selon ses propos, travailler en complémentarité avec eux.

Gwenaëlle [formatrice] souligne que ces deux acteurs travaillent en complémentarité : « *chacun dans notre domaine de compétences, on va travailler en complémentarité.* » [...] « *Vous n'êtes pas une infirmière médicale, vous êtes dans un domaine de santé.* »

(Observation, présentation de la compétence 3, le 12/09/17)

Les formatrices portent l'idée qu'infirmières et médecins doivent travailler ensemble. Il existe selon eux une division des domaines d'action respectifs.

Cette formation prépare, à travers certains enseignements, les étudiantes à investir ce modèle de complémentarité par rapport aux médecins. Les recommandations pédagogiques de l'UE 3.3s3 « rôle infirmier, organisation du travail et interprofessionnalité » sont particulièrement révélatrices de cet enjeu :

« La formation contribue à l'acquisition par l'étudiant[te] d'une posture qui lui permette de construire des échanges interprofessionnels de qualité. L'étude de l'histoire professionnelle et du rôle infirmier permet à l'étudiant de mieux appréhender une posture professionnelle claire et de viser la construction de réseaux professionnels. » (Berger-Levrault p. 88)

La formation entend apprendre aux étudiantes à travailler avec d'autres en responsabilité et non en position d'exécutante.

Pour préparer à cette situation, les étudiantes sont souvent placées en travaux de groupes (cf. Chapitre I). Plusieurs UE font d'ailleurs l'objet d'évaluation collective sous cette forme : l'UE5.1s1 « accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens », l'UE 4.6s4 « soins éducatifs et préventifs », l'UE 4.3s4 « soins d'urgence », mais aussi l'UE 3.2s3 « projets de soins infirmiers », l'UE 3.3s3 « rôle infirmier, organisation du travail et interprofessionnalité », l'UE 3.1s1 « Raisonnement et démarche clinique infirmière » et l'UE 1.2s3 « Santé publique et économie de la santé ».

De plus, les étudiantes sont familiarisées avec la culture scientifique. Les propos de cette formatrice permettent d'entrevoir en quoi ce type de savoirs participe à la transmission de ce modèle collaboratif :

« Le développement collaboratif se fait sous couvert de connaissances scientifiques et de reconnaissance. »

(Propos tenus par Patricia, formatrice, cours d'initiation à la recherche, le 8/02/17)

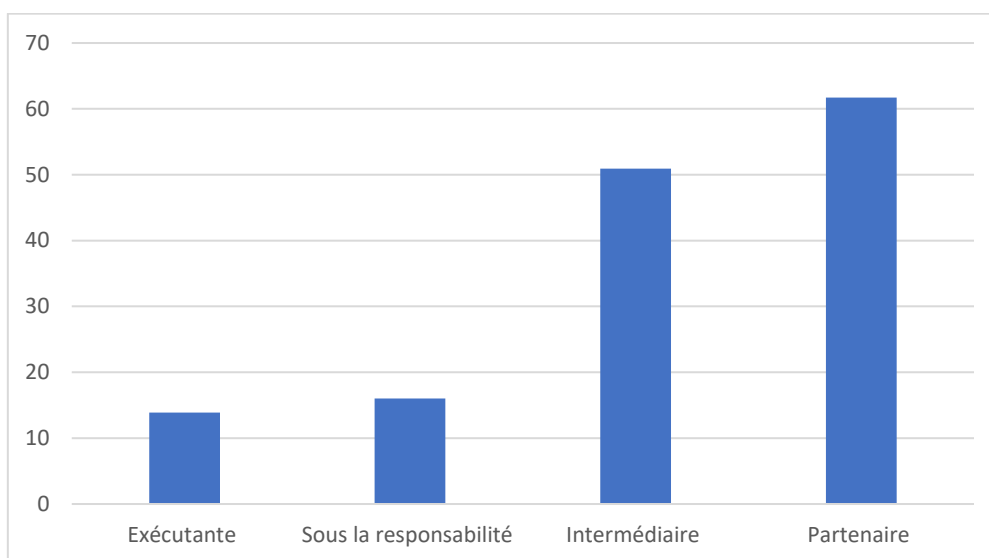
Il est expliqué aux étudiantes que la maîtrise *a minima* de telles connaissances est indispensable au travail en collaboration avec les médecins.

Ces résultats permettent de porter un regard nouveau sur le programme de cette formation. L'importance des temps d'enseignement consacrés aux travaux de groupes mais également l'invitation à s'emparer de la dimension scientifique mise en évidence dans les chapitres précédents sont autant d'éléments qui peuvent être compris dans une perspective

performative de la formation : il s'agit de faire advenir une coopération professionnelle avec le médecin.

Les étudiantes sont nombreuses à partager cette représentation du positionnement infirmier transmis dans la formation. Elles sont une minorité à adhérer à l'idée que les infirmières sont sous la responsabilité des médecins (16 %). Elles sont moins nombreuses encore à approuver l'idée qu'elles sont des exécutantes de ces derniers (13,9 %).

Graphique 33 : Adhésion aux différentes représentations de la relation médecins/infirmières (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes.

Note de lecture : Il y a 61,4 % des étudiantes qui adhèrent à l'idée que l'infirmière est une partenaire des médecins.

À l'inverse, les étudiantes approuvent majoritairement l'idée que les infirmières sont dans un positionnement intermédiaire dans le champ de la santé (50,9 %). Plus des deux tiers (61,7 %) envisagent par ailleurs qu'elles travaillent en collaboration avec les médecins. Pour une part non négligeable, les futures infirmières ont donc intégré la vision non hiérarchique du travail avec les médecins.

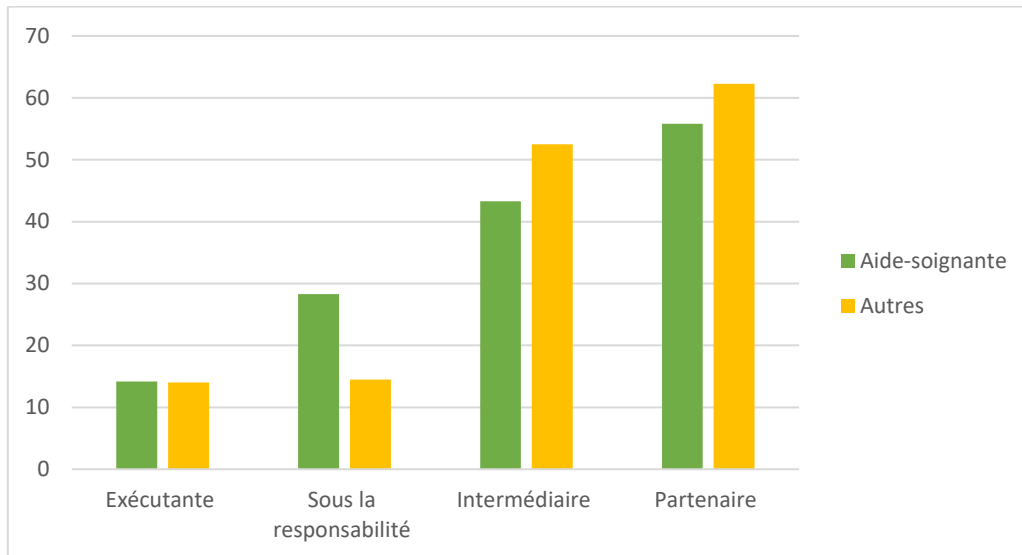
Si les données recueillies ne permettent pas de conclure quant à l'effet de la formation sur cette représentation¹²¹, elles permettent de constater que le fait d'avoir été une ancienne aide-soignante influe significativement sur ce point¹²². Les étudiantes ayant ce statut se

¹²¹ Un test du khi 2 révèle que la relation est non significative.

¹²² Les croisements de variables, significatifs au seuil de 5 % avec le test d'indépendance du khi2 révèlent des différences probantes.

considèrent plus souvent que les autres sous la responsabilité des médecins. Elles se pensent par ailleurs moins souvent en collaboration avec ces derniers.

Graphique 34 : Adhésion aux différentes représentations de la relation médecin/infirmière en fonction du statut des étudiantes (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département
Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.
Note de lecture : Il y a 61,4 % des étudiantes qui adhèrent à l'idée que l'infirmière est une partenaire des médecins.

Plus précisément, elles sont près d'un tiers des étudiantes ayant ce profil à se dire sous la responsabilité des médecins, contre seulement 14,5 % des autres étudiantes. D'un autre côté, elles sont seulement 55,8 % à se considérer comme des partenaires de ces derniers contre plus des deux tiers des autres étudiantes (62,3 %) et 43,3 % contre 52,5 % des autres étudiantes à se penser comme intermédiaires dans l'équipe de soin. De telles données suggèrent que les étudiantes ayant été aides-soignantes tendent plus que les autres à éprouver le pouvoir symbolique des médecins sur les infirmières. On pourrait penser que l'origine sociale est une variable explicative cachée, mais les résultats du khi 2 et des analyses bivariées neutralisant l'origine sociale (du père, de la mère et du ménage) ne permettent pas de conclure sur ce point, ce qui laisse présager que le fait d'avoir été aide-soignante façonne la perception de la relation médecin/infirmière.

Ce qui se joue dans cette formation, c'est finalement l'achèvement de l'affranchissement du pouvoir médical. Les futures infirmières et la formation qu'elles suivent mettent fortement à distance l'image d'une infirmière exécutante des médecins au profit d'une représentation de l'infirmière autonome et collaboratrice de ces derniers. De manière

concomitante, les futures infirmières sont invitées à se distinguer des aides-soignantes qui appartiennent au bas de la hiérarchie du monde de la santé.

III.2.c Des infirmières en position de supervision

La formation pousse les étudiantes à se penser comme des professionnelles ayant un poste de réflexion et de supervision. Le lien avec les aides-soignantes est cette fois pensé de manière verticale.

À plusieurs moments de leur cursus, les formatrices invitent les futures infirmières à réfléchir au lien avec les aides-soignantes :

Anne [une étudiante ancienne aide-soignante] souligne que l'infirmière ne délègue pas parce qu'elle n'a pas de pouvoir. En écrivant au tableau Diane [formatrice] rigole. Toute la classe fait de même. Anne dit qu'elle n'a pas de pouvoir sur l'aide-soignante. Elle « *collabore* » avec cette dernière et cette dernière est « *sous sa responsabilité* », selon elle. Diane prend en note. Elle relit ce qu'elle vient de dire. Ilona souligne qu'elle ne dirait pas que l'aide-soignante est sous la responsabilité de l'infirmière. Diane les invite à chercher. Serge [ancien aide-soignant] intervient pour dire qu'en tant qu'aide-soignant, il était « *sous la responsabilité de l'infirmière* », mais qu'il engageait sa propre responsabilité. Enrick dit : « *C'est marqué dans le référentiel.* » Diane acquiesce et commente : « *Vous savez vous en servir* ». Elle le reprend en disant que c'est le Code de la santé publique, que le référentiel est un recueil de texte réglementaire. Elle lui demande de lire le passage en question. [...] 13h57 Diane reprend et dit qu'ils éclairciront le sujet avec ce qui se joue ici lors d'un TD de 6 heures sur la collaboration entre infirmière et aide-soignante.

(Observation, Histoire de la profession, le 12/09/18)

En invoquant la législation à l'appui, les formatrices mettent en avant le rapport hiérarchique qui existe, plus qu'elles n'insistent sur la complémentarité avec ces professionnelles de santé. Les étudiantes sont donc invitées à se penser comme responsables du travail des aides-soignantes.

Gwenaelle [formatrice] souligne donc que la compétence 3 est une compétence partagée, mais que les aides-soignantes exercent leur « *métier sous la responsabilité de l'infirmière* ». [...] Gwenaelle souligne que cette UE ne « *contribue pas, elle est partagée* ». Elle insiste sur le fait que « *l'aide-soignante est sous la responsabilité de l'infirmière* ».

(Observation, présentation de la compétence 3, le 12/09/17)

Alors que dans le discours institutionnel, le rapport avec les médecins est pensé de manière horizontale, avec les aides-soignantes, c'est plutôt une vision verticale qui est transmise. Les formatrices insistent sur le fait que, dans le cadre de la réalisation de leur rôle propre, les aides-soignantes sont placées sous leurs responsabilités.

Gwenaelle présente ensuite l'article 4311-4. Elle insiste sur les mots « *responsabilité* » et « *collaboration* ». Elle met également en avant comme importante la phrase « *dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.* » Gwenaelle insiste sur le fait que l'exercice de l'aide-soignante et de l'aide médico-psychologique reste sous la responsabilité de l'infirmière, car c'est une tâche qu'elle délègue. Elle souligne que cela implique qu'il aille contrôler leurs connaissances.

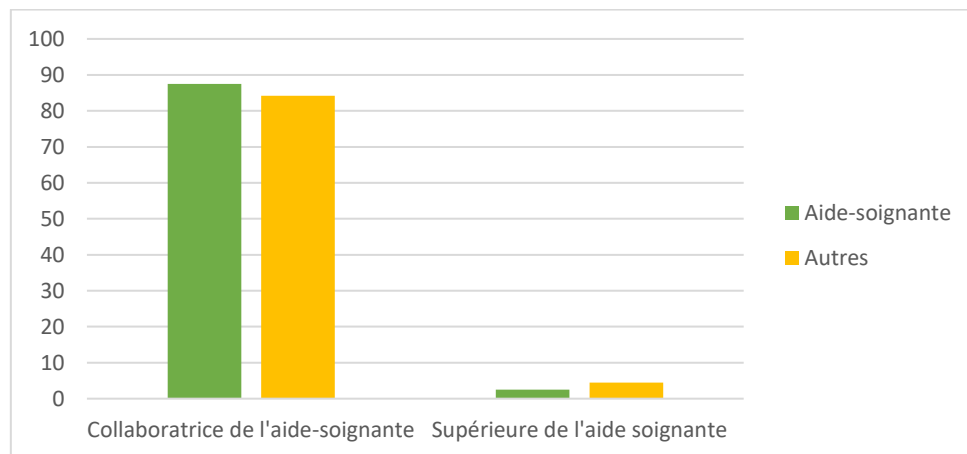
(Observation, présentation d'une UI, le 14/09/17).

Les formatrices mettent en avant le rôle de supervision que vont avoir les étudiantes en tant qu'infirmières. Selon cette formatrice, elles vont devoir veiller à ce que les aides-soignantes aient les compétences pour agir.

Pour résumer, le rapport aux aides-soignantes est plutôt évoqué au sein de l'IFSI par la mise en avant de la répartition des rôles avec une insistance sur l'idée que les tâches relatives au « sale boulot » leur sont laissées, mais aussi à travers la plus grande connaissance des infirmières (cf. citation p. 214) et leur position de supervision vis-à-vis de ces autres professionnelles. Le discours institutionnel pousse donc les étudiantes à s'éloigner d'un esprit d'exécution.

Contrairement à ce qui a été observé précédemment, les étudiantes ne se saisissent que peu d'une telle représentation. Les étudiantes sont moins de 5 % à déclarer considérer l'infirmière comme une supérieure de l'aide-soignante. Elles se pensent pour la grande majorité (84,2 %) comme une collaboratrice de cette dernière. Elles s'emparent donc pour la plupart de la vision horizontale, y compris avec les aides-soignantes. Les étudiantes qui sont aides-soignantes sont cette fois plus nombreuses que les autres à adopter une vision horizontale¹²³.

Graphique 35 : Adhésion aux différentes représentations de la relation aide-soignante/infirmière en fonction du statut des étudiantes (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Il y a 84,2 % des étudiantes qui ne sont pas aides-soignantes qui adhèrent à l'idée que l'infirmière est une collaboratrice de l'aide-soignante.

Elles considèrent plus fréquemment que les autres que l'infirmière collabore avec l'aide-soignante, 87,5 % adhèrent à ce point contre 84,2 % des autres étudiantes. Elles sont près de

¹²³ Les croisements de variables, significatifs au seuil de 5 % avec le test d'indépendance du khi2 révèlent des différences probantes.

deux fois moins nombreuses à penser qu'en tant qu'infirmières, elles seront des supérieures des aides-soignantes. Elles sont seulement 2,5 % dans ce cas contre 4,5% des autres étudiantes. Comme pour les représentations relatives au rapport aux médecins, celles portant sur le lien avec les aides-soignantes ne dépendent pas significativement de l'avancement dans la formation, ce qui ne permet pas de conclure quant à l'influence du discours institutionnel¹²⁴. Néanmoins, il apparaît que cette partie du discours institutionnel est moins intégrée par les étudiantes que l'injonction à l'autonomie.

L'ensemble de ces données montrent que les étudiantes en soins infirmiers apprennent à endosser une identité professionnelle bornée par la figure des médecins et des aides-soignantes. Leur rôle se trouve alors défini autour d'une prise en charge holistique des patients qui vise à entretenir un état de santé singulier par la mise en place d'une démarche de soin nécessitant à la fois des dispositions relationnelles, techniques, mais également une maîtrise de la culture scientifique. Ces éléments constitutifs et spécifiques des tâches infirmières mis en avant dans la formation ont pour vocation de conférer aux infirmières une certaine identité propre et reconnue au sein du monde de la santé.

Or, une telle socialisation professionnelle s'impose et se déploie avec d'autant plus de force que la formation entretient dès le début du cursus un fonctionnement « clanique » qui génère la constitution d'un esprit de corps et d'entre soi chez les étudiantes.

¹²⁴ Un test du khi 2 prouve que la relation n'est pas significative.

III.3 Le façonnement d'un esprit de corps

Cette formation n'est plus aujourd'hui une formation « close » au sens de M. Foucault (1975), c'est-à-dire un lieu distinct et fermé sur lui-même. Elle tend à séparer sphère privée et professionnelle (Petitat, 1992a). Ce constat établi un peu avant les années 2000 est encore d'actualité. Dès la semaine d'intégration, les étudiantes sont invitées à ne pas se consacrer uniquement à leurs études. Les formatrices leur suggèrent de garder une activité extérieure, même si elles reconnaissent que c'est difficile.

Lisa précise que c'est compliqué avec la scolarité [de poursuivre son sport : le handball]. Enrick approuve, mais Romane [la formatrice] intervient pour dire que c'est important de garder quelque chose en dehors pour se défouler. Lisa précise qu'elle pratique également la course. Romane approuve et dit que c'est important de garder une activité qui plaît.

(Observation, 1^{er} jour de la semaine d'intégration, le 4/09/17)

Anyssa [formatrice] les invite à gérer leur temps. Elle insiste sur l'importance de trouver un équilibre entre vie personnelle et travail.

(Observation, présentation du projet de formation, le 11/09/17)

La formation en soins infirmiers ne prétend pas prendre en charge tous leurs besoins et invite les étudiantes à poursuivre leurs loisirs et leurs vies privées. Contrairement aux institutions totales (Goffman, 1968), disciplinaires (Foucault, 1975) ou enveloppantes (Darmon, 2013), cette institution ne rapatrie donc pas en son sein la totalité de la vie quotidienne de ses membres. Les étudiantes en soins infirmiers ne sont pas incitées à mettre leur vie entre parenthèses comme celles et ceux qui sont en classes préparatoires (Darmon, 2013).

Pourtant, malgré ces injonctions explicites, la formation produit un repli sur l'établissement et sur le groupe des futures infirmières. Le fonctionnement de la formation s'avère clôturant et génère *in fine* la production de dispositions corporatistes.

III.3.a Le repli de fait sur l'institution

L'analyse du fonctionnement de l'institution et de sa situation permet de constater qu'un mouvement de repli sur l'institution a lieu. La situation géographique d'une part et l'emploi du temps d'autre part participent à produire un fonctionnement en vase clos et une division dans la pensée des étudiantes entre l'intérieur et l'extérieur de la profession (le profane).

Les instituts de formation sont localisés dans des espaces relativement en marge des autres formations de l'enseignement supérieur. Les étudiantes sont isolées dans des locaux dont l'ambiance fait penser à des internats. Ils sont relativement excentrés et agencés de manière à

ce que les étudiantes n'aient pas besoin, ou pas envie de sortir. Ce sont souvent des espaces restreints qui entretiennent une ambiance conviviale. Lors de ma première venue, je décris l'établissement enquêté en ces termes :

L'établissement ressemble à un établissement plutôt ancien. Il me fait penser à un internat. On y entre par un portail en fer forgé qui se situe au bout d'une route. Le portail ouvre sur une allée. Pour accéder au bâtiment, il faut longer un grand espace vert en descente bordé d'arbres. L'entrée se situe au milieu d'une cour dans laquelle sont disposées deux tables circulaires en béton. Le lieu est agréable, paisible. Il paraît situé dans un bois. Il n'y pas de bruits, pas d'étudiantes. On s'y sent plus comme dans une école que comme dans une faculté. Il règne une atmosphère de cocon. Le lieu est relativement isolé du campus qui n'est pourtant qu'à une centaine de mètres. La voie par laquelle on y accède ne semble mener qu'à ce lieu.

(Note d'observation, le 1/09/16)

L'IFSI est isolé spatialement du reste du campus. Il est implanté à l'écart de la ville et des points de circulation. Sa situation géographique est semblable à celle des autres IFSI du département enquêté. Ces derniers sont également souvent reclus dans des espaces peu visibles et peu ouverts d'accès en apparence. L'un d'eux est situé en retrait dans une impasse près du centre hospitalier, dans un lotissement de plain-pied à côté d'une école. Un autre se trouve dans un immeuble, près d'une gare, à côté d'un hôpital. Il est localisé sur un même étage doté d'une vaste salle de pause et de café sur laquelle on débouche en arrivant. Enfin, l'IFSI le plus grand sur le plan du public accueilli se situe au sein d'un campus composé d'autres instituts de formation, loin du campus universitaire. La localisation géographique et l'organisation spatiale des instituts de formations en soins infirmiers constituent donc un frein aux mélanges avec les autres étudiants et étudiantes venant de cursus distincts.

Un entretien avec une étudiante de deuxième année permet de constater que même lorsque les étudiantes pourraient se saisir de dispositifs communs, ces dernières le font peu. L'une d'elles explique par exemple qu'elles ne vont plus au restaurant universitaire à cause du temps que cela prend.

« Et le midi, ça vous est déjà arrivé d'aller manger au RU, euh tu sais parce que vous avez les IUT et les BTS pas loin. Vous allez manger des fois avec eux ?

– Non. [...] Bah en fait tu n'as pas trop le temps de manger des fois, alors. S'il y a un peu de monde, t'arrives, t'arrives à la bourre. En plus, tu n'es pas acceptée en cours si tu arrives à la bourre donc euh, tu ramènes ta gamelle quoi. »

(Entretien avec Alison le 31/05/17, 2^e année, 22 ans,
mère : assistante familiale, père : chargé d'affaires)

En plus de l'éloignement géographique et de l'aménagement interne des IFSI qui offre la possibilité aux étudiants de se restaurer, les horaires de la formation contribuent à limiter les contacts avec les membres extérieurs à l'institution. La courte pause méridienne empêche, selon

cette étudiante, le recours au restaurant universitaire. Les étudiantes mangent alors le plus souvent dans la salle de pause de l'établissement restant ainsi entre infirmières et aides-soignantes.

Le caractère fluctuant de l'emploi du temps vient renforcer ce caractère clôturant de la formation. En effet, ce dernier change toutes les deux semaines ainsi que pendant les périodes de stages, ce qui constitue une autre barrière au contact avec l'extérieur. Les horaires de stage, plutôt du matin, de l'après-midi ou de nuit instaurent un décalage entre elles et les personnes qui n'appartiennent pas au monde de la santé. Les étudiantes se retrouvent alors isolées sur un plan social, ou plutôt elles sont incitées à maintenir un entre-soi comme le souligne cette étudiante en deuxième année :

« C'est peut-être ça, c'est peut-être le seul problème, c'est que quand tu es dans cette formation-là, par contre tu es tout le temps là-dedans quoi. [...] Bah ouais parce que soit on bosse tout le temps, soit on est tout le temps en stage et on est qu'entre gens du milieu finalement, donc à part ceux qui ont des copains à l'extérieur ou voilà, mais sinon tu es tout le temps, enfin tu es tout le temps avec des gens du milieu. Donc des fois, enfin des fois moi, je trouve que c'est un peu pesant parce que du coup, bah, il faudrait qu'on s'ouvre un peu plus. »

(Entretiens avec Flavia, 2^e année, 22 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil, en 03/17)

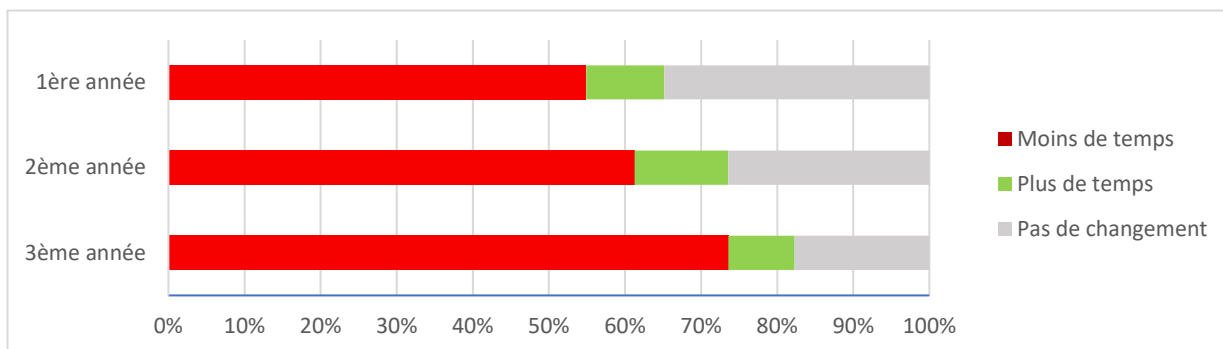
Le nombre important d'heures de cours (35 heures hebdomadaires), la variabilité de l'emploi du temps et les horaires décalés contraignent fortement les relations sociales des étudiantes, générant ainsi un fort sentiment d'entre soi.

La passation des questionnaires permet d'objectiver cette focalisation sur la formation et la profession. Bien que la rhétorique institutionnelle les invite à maintenir une activité extérieure, dans les faits, il s'avère que les étudiantes sont une majorité à avoir mis de côté de telles pratiques et à avoir diminué leur relation hors institution.

Tout d'abord, leurs réponses montrent une réduction de leur temps libre ainsi que des arrêts d'activités extrascolaires fréquents au cours de cette formation. En moyenne, les deux tiers des étudiantes déclarent avoir moins de temps libre depuis le début de leur cursus, c'est-à-dire que leur temps consacré aux loisirs et aux moments de détente décroît à partir du moment où elles entrent dans cette formation. Cette perte de temps libre ressentie est de plus en plus fréquente avec les années de formation¹²⁵.

¹²⁵ Les croisements de variables, significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi2 révèlent des différences probantes.

Graphique 36 : Évolution du temps de loisir des étudiantes en soins infirmiers en fonction de leur année de formation (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

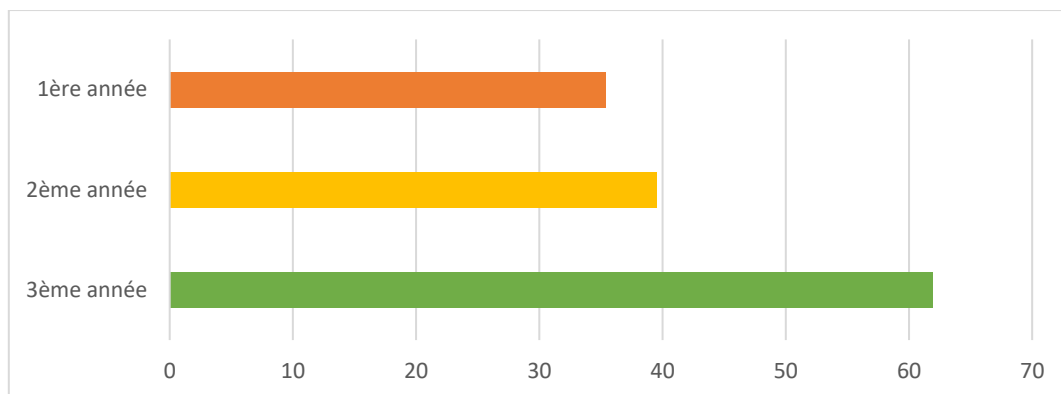
Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Il y a 73,6 % des étudiantes de troisième année qui déclarent accorder moins de temps à leur temps libre.

Les troisièmes années sont 73,6 % à en faire part alors que ce n'est le cas que de 54,4 % des étudiantes en début de parcours

En outre, elles sont également plus de la moitié (55,2 %) à avoir mis fin à une activité depuis le début des cours. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une activité sportive (38,9 %) ou artistique (9,4 %). L'arrêt d'activité augmente lui aussi avec les années de scolarité.

Graphique 37 : Part des étudiantes ayant déclaré avoir arrêté une activité au cours de la formation (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Il y a 61,9 % des étudiantes de troisième année qui déclarent avoir arrêté une activité depuis le début de la formation.

Alors qu'en première année, elles sont encore deux tiers à ne pas avoir interrompu une activité au cours de la formation, elles ne sont plus que 37,2 % en troisième année.

Il est intéressant de constater que les activités extrascolaires qu'elles se mettent à pratiquer ou qu'elles conservent n'impliquent pas de contraintes temporelles et sont fréquemment individuelles. Elles déclarent ainsi souvent ou très souvent écouter de la musique (90,2 %), aller sur les réseaux sociaux (86,5 %), visionner des séries (63,3 %) ou la

télévision (55 %), faire du sport (56,6 %), des balades (53,3 %) et du shopping (50,9 %)¹²⁶. Les activités physiques qu'elles pratiquent répondent à la même logique. Les deux tiers des étudiantes disent avoir une pratique sportive (61,8%), mais comme pour leurs autres activités, il s'agit de sports individuels sans horaire imposé : course à pied (17 %), fitness (14,3 %), piscine (6,8 %), musculation (5,7 %). Comme le relate cette étudiante, de tels choix sont en partie motivés par la structure de la formation.

« Ce que j'aimais bien dans le basket, c'est quand tu connais tout le monde, que ton club, c'est ton club quoi. [...] Donc j'ai arrêté le basket l'année dernière. Mais je me suis dit : je suis quelqu'un qui a besoin de sport pour un peu souffler. Donc euh je me suis dit : il faut que je continue. Je suis allée m'inscrire à la salle de sport. C'était hyper cool au moins par rapport à mes horaires, j'aurais... Parce que tu sais, on a un peu des horaires compliqués. Donc au moins, j'irai quand je veux. »

(Entretien avec Shana le 12/01/17, 3^e année, 20 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Si Shana a abandonné le basket pour la salle de sport, c'est pour des raisons d'ambiance de clubs, mais aussi parce que la salle lui permettait de pratiquer plus sagement une activité physique. Leur vie extra-institutionnelle est donc de fait fortement cadrée par l'institution.

Le passage par cette formation tend ainsi à réduire leur sphère amicale et associative, ce qui est de nature à renforcer la socialisation professionnelle. Les propos de Serge et Emma rendent bien compte de la manière dont la formation les contraint à mettre de côté les activités qu'ils ont l'habitude de mener et montrent comment ces derniers sont finalement amenés à se concentrer davantage sur leur formation.

« Ah là non, j'ai rien du tout [comme activité en dehors de l'IFSI]. On ne fait plus rien. [rire] On n'a plus de vie. [...] On faisait du vélo. On s'est acheté des vélos. On n'en fait plus. On s'est acheté des raquettes, on devait faire du tennis, on n'a pas le temps d'y aller. Euh... On ne va plus se promener. [...] Bah c'est vrai que ça a une incidence sur la vie hein. »

(Entretien avec Serge le 7/02/18, 2^e année, aide-soignante, 35 ans, mère : ASH)

« Façon de s'organiser oui, différente, ça c'est sûr. Par exemple, si on avait l'habitude de faire du sport, par exemple, on en fait moins qu'avant. [...] pendant les périodes de partiels, ouais, on fait moins de sports, on sort moins, on voit moins les amis, et tout ça. ça oui. [...] Moins le temps parce qu'on finit plus tard. On rentre, il fait nuit. [...] Après quand c'est les stages, en gros en fonction des horaires aussi, parce que bon... »

(Entretien avec Emma le 9/01/17, étudiante en 3^e année, 23 ans, mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Contrairement au discours mis en avant par les formatrices, les études en soins infirmiers entravent la sociabilité extérieure des étudiantes et influent sur leur vie quotidienne. Les étudiantes en soins infirmiers s'avèrent être des étudiantes « régulières », plus que des

¹²⁶ Les chiffres de ce paragraphe sont issus du dépouillement des questionnaires administrés à l'ensemble des étudiantes en soins infirmiers de Loire-Atlantique.

étudiantes « séculières » (Lahire, 1997) : elles sont attachées aux valeurs scolaires et arborent des loisirs « sérieux », « cultivés ». Elles sont à l'inverse peu en contact avec le monde et son actualité.

La formation devient pendant trois ans au moins le cadre principal de leur socialisation. Par son organisation et sa localisation même, elle impose aux étudiantes un fort entre-soi. Or, cette formation ne se contente pas de réunir les étudiantes dans un même lieu, elle entretient aussi entre ses membres une logique de proximité et de solidarité interne.

III.3.b Le façonnement d'une logique d'interrelation et de proximité

L'IFSI instaure un environnement d'interrelation et cultive par son absence de mise en concurrence des étudiantes une certaine solidarité interne.

Les étudiantes sont réparties en promotion par année de formation, ce qui participe selon R. Bourdoncle (2000) à façonner un esprit de confraternité, esprit que la semaine d'intégration entend faire émerger. Contrairement à d'autres formations, la mise au travail n'est pas immédiate. L'enjeu en début de formation est plutôt de générer une certaine proximité et des interrelations fortes entre les membres de l'institution. À l'occasion de la semaine d'intégration, les formatrices se présentent de manière personnelle à la promotion, un rallye est organisé au sein de l'établissement pour découvrir l'ensemble des lieux, mais aussi des personnels et des personnelles. Un TD intitulé « connaissance de l'autre » est également mis en place pour que les étudiantes puissent apprendre à se connaître. Celui-ci est consacré à la réalisation de portraits chinois. Dès le début, les étudiantes sont ainsi invitées à échanger entre elles et à se connaître de manière intime. En outre, une certaine proximité avec les formatrices est instaurée. Non seulement la logique d'accompagnement est explicitée (*cf.* Chapitre I), mais les formatrices demandent aussi aux étudiantes de les appeler par leur prénom tout en les vouvoyant, autant d'éléments qui participent à installer cet environnement de proximité et d'interrelation. D'ailleurs, lors de ma première venue dans l'établissement, j'ai été surprise par le fait que tout le monde se salue et s'interpelle par son prénom. La petite taille des promotions et le nombre restreint de formatrices de l'IFSI enquêté facilite la réalisation d'un tel objectif.

Loin d'être un effet inattendu de la formation, cet esprit de corps résulte d'une réelle intention portée par les formatrices. La méfiance et la résistance que j'ai connues au cours de

mon enquête me semblent particulièrement révélatrices de cette volonté de création d'un entre-soi professionnel distinct du groupe des profanes. Alors même que ma recherche sur le terrain avait commencé depuis plusieurs mois, j'ai soudain eu à faire à des remarques de la part des formatrices, et ce uniquement sur la période de la semaine d'intégration. J'ai tout d'abord rencontré quelques difficultés pour y assister alors même que ma présence avait été très bien accueillie et accompagnée l'année précédente par ces mêmes formatrices.

Quand Anyssa, une des référentes des premières années me voit, elle m'accueille par un « *J'espère que le directeur vous a prévenue de la situation* ». Quand je lui propose de revenir à un autre moment, elle me répond qu'elle n'aura pas plus de temps à me consacrer à un autre moment. [...] Elle me demande de prendre contact avec Gwenaëlle, l'autre référente des premières années. Je vais donc voir cette dernière dans son bureau. Celle-ci semble énervée. Elle me fait remarquer que ça ne se fait pas de ne pas se présenter à la promotion des premières années et que ça ne se fait pas non plus de ne pas prévenir les formatrices de ma venue. Je lui explique que j'ai envoyé deux mails : un mi-juillet et un fin août pour prévenir la formatrice qu'on m'avait signalée comme référente des premières années. [...] Gwenaëlle m'invite également à aller demander l'autorisation de ma présence dans les groupes de TD qui ont lieu l'après-midi et pas à « la dernière minute ». Elle me fait cette demande alors qu'il est midi et demi et que les cours reprennent à 14h. Je me dépêche donc de me rendre dans le bureau des formatrices qu'elle m'a affectées [...] Je lui explique que je suis observatrice non participante. Elle m'attaque sur cette posture en mettant en avant le fait que je suis « *un poids mort dans son cours* », « *Vous n'êtes pas une charge, vous êtes un boulet* ».

(Notes d'observation, le 11/09/17)

En plus de multiples réflexions que me font les formatrices à cette occasion, je suis convoquée chez le directeur qui est chargé de me rappeler les règles de l'établissement et qui m'invite à garder une posture de retrait pour ne pas entraver le bon déroulement de la constitution de la « promotion » :

Il m'explique que les formatrices me trouvent trop proche des étudiants. Ils trouvent que ma posture n'est pas assez claire et que je passe trop de temps avec eux. Il me demande de ne pas « m'intégrer » à la promotion, de me « tenir à distance » du groupe. Il m'invite à sortir du groupe quand cela est possible, c'est-à-dire à me mettre en dehors du U, à ne pas passer les pauses et les pauses repas avec eux. Il me fait cette demande en expliquant que ma présence empêche le groupe de se constituer comme groupe. Il me demande donc de ne pas être ou paraître pour une étudiante en soins infirmiers. [...] Il me fait part du fait qu'il a demandé aux formatrices si elles voulaient arrêter la recherche et m'explique que si ma présence occasionne des problèmes et un malaise dans l'établissement, il y mettra fin immédiatement. Quand je le quitte, il me demande de ne pas entrer dans le TD en cours avant la pause « *Je vais vous dire, comme à mes étudiants, aller au CDR [rire]* ». Je suis donc obligée d'attendre plus d'une heure dans le couloir devant la salle de classe dans laquelle se trouvent mes affaires avant d'entrer. Je ne peux pas travailler. La situation est violente et infantilissante. Le directeur envoie un mail à l'ensemble des formatrices pour faire part de cette mise au point.

(Notes d'observation, le 11/09/17)

Ce rendez-vous a mis en évidence la manière dont ma présence était perçue, à savoir comme un élément perturbateur de la constitution d'un groupe. Une telle réticence à mon encontre ne s'est par la suite jamais plus présentée et a été circonscrite à la semaine d'intégration. Il me

semble qu'une telle anecdote n'est pas anodine et que les propos du directeur à mon encounter illustrent parfaitement cette volonté de constituer un groupe fort et fermé, que les membres extérieurs à l'institution ne peuvent et ne doivent pas intégrer.

Ce sentiment d'appartenance à un groupe est d'autant plus fort qu'à aucun moment dans la formation les étudiantes ne sont mises en concurrence entre elles. Certes, la formation en soins infirmiers prévoit largement une individualisation des parcours (cf. Chapitre I), mais contrairement à d'autres institutions d'enseignements, elle ne cultive pas la compétition entre ses membres. Cette étudiante passée par une classe préparatoire scientifique avant d'intégrer la formation explique qu'au sein de la formation en soins infirmiers, elle ne ressent pas un tel esprit :

« Puis le but, c'est pas d'être meilleure que les autres, c'est de savoir de quoi tu parles face aux patients, c'est de, de valider. Enfin tu vois, c'est tu te formes en tant que professionnelle, tu te formes pas par rapport aux autres. [...] Dans la prépa, le but c'est d'être meilleure que ton voisin, alors qu'ici pfff. T'es pas meilleure, moi je m'en fiche hein. »

(Entretien avec Emma le 9/01/17, 3^e année, 23 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Alors qu'en prépa, elle avait ressenti l'importance d'être la meilleure, un constat qui rappelle les travaux de M. Darmon (2013), cette étudiante explique ne pas sentir cet esprit de l'agôn avec ses camarades de promotion dans la formation en soins infirmiers. Ses propos rendent compte de l'incitation au combat et à la lutte collective identifiée précédemment (cf. p. 199). Ce qui est cultivé dans ce cursus semble être non pas une culture de l'agôn individuel, mais collectif.

Ce cursus mise davantage sur la constitution d'un esprit de corps et d'un esprit de sacrifice que sur celui de la confrontation individuelle. Le choix des stages de préprofessionnalisation me semble particulièrement révélateur de cette socialisation. À cette occasion, les étudiantes sont laissées dans une salle pour négocier et choisir entre elles leurs lieux de stage :

« En gros, ils vont nous mettre dans une salle comme celle-là et ils vont nous dire, il y a tant de places et vous êtes tant et vous choisissez qui y va et qui n'y va pas du coup. [...] Tu connais Hunger Games [rire] ? »

(Entretien avec Emma le 9/01/17, 3^e année, 23 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité,)

Les formatrices laissent aux étudiantes le rôle de s'autoréguler. Le choix du stage ne se fait pas sur dossier. Elle implique plutôt une négociation entre elles et un sacrifice de la part de certaines étudiantes :

« Ils vont nous mettre dans des cases et nous dire : et bah vous, vous êtes pour la psy et bah vous allez vous mettre en groupe, on vous dit qu'il y a tant de places pour la psy dans chaque service et puis vous vous débrouillez. En gros, si on est un groupe de dix et qu'il y a que six places par service, donc six services, ça veut dire une place par service, ça veut dire qu'il y en a quatre qui, qui vont forcément..

– D'accord, et là, c'est pas sur vos dossiers ?

– Non, non, non c'est à nous. Enfin, on nous dit : vous allez débattre [...] voilà, très cordialement pour trouver une place [...], mais on est des futures professionnelles, donc pour les formateurs, c'est normal. C'est à nous de parler, de débattre, de dire pourquoi est-ce qu'on veut faire ça, et puis de s'imposer en fait. [...] Mais il y a des gens qui, il y a des gens qui vont devoir faire des concessions. »

(Entretien avec Charlotte le 9/01/18, 3^e année 25 ans, mère : enseignante, père : enseignant)

Comme l'exprime Charlotte, un tel fonctionnement suppose en effet que certaines abandonnent leur projet et laissent leur place. Shana aurait pu être l'une de ces étudiantes si elle n'avait pas eu la chance de trouver un stage à Paris :

« Réanimation, j'aimerais beaucoup. Bah tu vois, il y a deux jours j'ai trouvé mon stage pré-pro à la Salpêtrière à Paris en réanimation, chirurgie, cardio. [...] Ici, ils sont quatre à se battre pour deux places, genre ça va être horrible. Je me suis dit de toute façon si je ne trouve pas de stage pré-pro, ici je prends urgences, je prends pas réa, ça ne sert à rien. »

(Entretien avec Shana le 12/01/17, 3^e année, 20 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Elle explique qu'elle aurait été prête à consentir à un tel renoncement. Elle évoque une culture du sacrifice au nom du groupe. Le développement de cet esprit est étroitement lié à l'organisation de la formation, mais également à des stratégies éducatives volontaires. Il s'impose dans un environnement qui cultive fortement l'entre-soi et l'esprit de corps. Ainsi, les étudiantes intériorisent l'importance et la prévalence de l'intérêt du groupe au sein de ce cursus.

III.3.c La constitution d'une mentalité frontalière et d'un esprit de solidarité interne

L'ensemble de cet environnement participe plus précisément à façonner chez celles qui suivent ce cursus un fort esprit de corps. Les étudiantes ressentent et énoncent non seulement une certaine frontière avec les profanes et le sentiment d'une appartenance commune, mais elles rendent également compte de l'existence d'un esprit de solidarité interne entre elles.

D'après le discours des étudiantes, ce cursus génère un certain isolement social, ou plus précisément un entre-soi important. Flavia en rend compte à plusieurs moments de son parcours. En deuxième année, nous l'avons évoqué elle me confie avoir l'impression d'être « qu'entre gens du milieu finalement » (cf. p. 225), un constat qu'elle réitère l'année suivante en adoptant un discours encore plus fort puisqu'elle parle de « secte » pour traduire ce sentiment de repli sur le groupe de pairs produit par la formation.

« J'ai l'impression qu'on est vraiment, pfff une espèce de secte. Tu vois, en première année, c'est ça qui m'avait marqué au départ, c'est que, quand on était rentrés dans la semaine d'intégration, on a

une formatrice qui nous a fait cours, bah en fait, elle parlait de la professionnalisation, de l'identité infirmière, tu vois. Et en fait, je me suis dit : putain, je suis rentrée dans une secte en fait tu vois. Ils sont hyper centrés sur eux, sur la profession, je me suis dit : "putain" Et en fait, finalement quand tu regardes, bah ouais, on est hyper centrés sur notre formation, sur notre profession. [...] On s'est pas ouverts à d'autres choses, pas ouverts à d'autres mondes, pas ouverts à d'autres activités, à d'autres trucs comme ça. Je sais moi que c'est des formations où déjà tu es très très centrée. En médecine, c'était pareil, on était que entre nous. »

(Entretien avec Flavia en 03/17, 3^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

Elle compare ce qu'elle vit à ce qu'elle a vécu en médecine, notamment en termes de focalisation sur l'activité. Elle fait le lien entre le discours sur la professionnalisation qui lui a été tenu et qu'elle a vécu lors de son entrée dans le cursus comme relativement fermé, et le manque d'ouverture qu'elle arbore aujourd'hui. Une autre étudiante, Emma, de la même promotion tient des propos similaires :

« On reste assez regroupés tous ensemble en fait, enfin c'est pas trop. En fait, on n'est pas si ouverts que ça vers les autres euh, autres euh, autres amis par exemple, enfin... Moi je sais que je vois peut-être trois personnes en dehors de la promo et c'est tout quoi. Niveau amis, c'est assez restreint en dehors de la promo quoi. C'est vrai que c'est assez clanique comme formation. [...] Peut-être que parce que justement, on a des grandes amplitudes horaires ici, du coup ben, on est hyper soudés ici et pas forcément avec des gens en dehors qui vivent pas forcément la même chose que nous et qui euh ont peut-être des emplois du temps un peu plus légers. »

(Entretien avec Emma le 9/01/17, 3^e année, 23 ans, mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Progressivement, celles qui suivent ce cursus apprennent à se penser comme membre d'un groupe, un passage qui se matérialise dans leur propos par un passage du « je » au « on » et au « nous ». Leurs discours permettent de voir que cette formation façonne chez elles un fort sentiment d'entre-soi « *on reste assez regroupés* », « *on est qu'entre gens du milieu* ». Elles insistent d'ailleurs sur l'idée de fermeture : « *c'est assez clanique comme formation* », « *on n'est pas si ouverts* », « *on est vraiment une espèce de secte* », ce qui suggère que les étudiantes restent entre elles.

Cela ne signifie pas qu'elles côtoient uniquement leurs pairs. Malgré le fait que leur vie quotidienne et leur sociabilité sont fortement restreintes et encadrées par l'institution, plusieurs font part d'un maintien de leur sociabilité extérieure. Certaines continuent de travailler, d'autres prennent part à des soirées et sortent avec des amis qui ne sont pas de l'IFSI fréquenté. Néanmoins, le décalage entre « elles », futures infirmières, et les autres n'en est pas absent pour autant. Plusieurs anecdotes laissent apparaître l'incompréhension qui s'installe entre elles et leurs proches :

« Ah oui oui, comme je te dis je suis une grosse fêtarde, alors j'ai plein d'amis à côté. Je sors le vendredi, le samedi. Moi, je vois tout le monde. D'ailleurs, c'est marrant parce que des fois je fais des blagues d'infirmière et il y a personne qui rigole. Alors je fais : "Excusez-moi, déformation professionnelle [rire]" Tu vois genre, c'est l'autre jour, je sais plus pourquoi, mais euh je me suis tapée une honte. C'était l'année dernière, mais je m'en rappellerai tout le temps, je pense. On avait eu un

cours sur la syphilis tu vois et euh, et je sais plus pourquoi. Je ne peux plus te dire ce que mes amis disaient, mais j'ai dit : "ah bah oui c'est comme la syphilis" [morte de rire]. Et là, je me tapais une grosse barre et puis il y a mes potes : "non, mais là nous, on ne comprend pas. C'est quoi la syphilis ?" Et puis là : "rien, ah bah non pardon, excusez-moi." Et tu sais, moi j'étais morte de rire, j'étais trop heureuse de ma blague et en fait pas du tout désolé. »

[...]

« Mais ouais, c'est une formation et un métier, tu te rends pas compte. Franchement, c'est la réflexion que je me fais de plus en plus, on se rend pas compte. Tu vois, quand j'en parlais avec... Je suis très proche de mes parents tu vois, surtout de ma maman. Je lui en parle, mais elle ne se rend pas compte. Même plus, plus je m'approche du métier, plus je me dis : elle ne se rend pas compte. Des fois, elle me dit : "mais comment tu parles de ton futur métier, c'est horrible et tout. – Ouais, mais tu te rends pas compte." Tu vois, il faut le vivre. Il faut le vivre. »

(Entretien avec Shana le 12/01/17, 3^e année, 20 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Shana, qui met en avant sa forte sociabilité extérieure, fait également remarquer à plusieurs reprises que les autres, à la fois sa famille dont elle est proche et ses amis, ne comprennent pas toujours ce qu'elle vit et ce qu'elle exprime. L'entrée dans ce cursus participe donc à produire un cloisonnement dans la pensée des étudiantes entre les futures infirmières et le reste du monde, le monde des profanes.

La constitution de ce sentiment d'appartenance à un groupe va de pair avec le façonnement d'une solidarité interne entre les membres de ce groupe. Shana l'évoque à un autre moment de l'entretien :

« Demain si j'ai un problème, c'est pas vers eux [les formatrices] que je me tourne, c'est vers mes copines. Et puis ça soude, je pense qu'on est toutes infirmières et puis ça soude. On a toute des moments où on se dit : mais qu'est-ce qu'on fout là ? Est-ce qu'on va y arriver ? Non, on n'y arrivera pas. Mais si, t'inquiètes, tu vas y arriver. Ou toi, tu vas y arriver, mais pas moi. [...] Des copines que l'on va garder pas mal de temps. »

(Entretien avec Shana le 12/01/17, 3^e année, 20 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

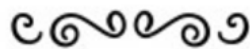
À ses yeux, l'expérience vécue en tant qu'étudiantes en soins infirmiers cultive une cohésion forte entre elles : « ça soude » exprime-t-elle avec ses mots. C'est non pas auprès de ses amis ou de ses proches qu'elle exprime ses doutes, qu'elle échange sur son vécu de la formation, mais auprès de ses collègues de promotion. Elle m'explique que ces dernières sont les seules à pouvoir comprendre réellement ce qu'elle vit. Cette autre étudiante l'exprime à sa façon :

« On déconne sur des trucs qu'on a vu en stages ou qu'on a, ou des trucs à nous, mais qui nous font rire que nous parce que du coup on est dans le milieu. [Elle a un grand sourire et la voix au bord du rire]. Genre, des trucs genre, euh genre par exemple, moi, je rigolais parce qu'il y a une aide-soignante qui m'a appelée la « pro du pénilex » et le pénilex, bah en fait c'est une poche que tu mets avec un tuyau et que tu mets en fait au bout du pénis quoi. Donc du coup voilà, donc c'est très drôle. [...] Mais voilà, il y a les trucs comme ça, les trucs comme ça où on rigole, où maintenant, il n'y a plus rien qui nous choque. [...] Enfin, tu vois, on rigole de trucs qui nous arrivent aussi en stage quoi. Donc euh, genre euh, je ne sais pas. Et puis des trucs qui ne font rire que nous, des conneries qu'on fait en stage aussi ? [rire] Si tu veux, on dédramatise un peu ce qu'on fait en stage quelque part comme ça ou... [...] Mais bon voilà, ça reste quand même très centré sur le milieu infirmier quoi. »

(Entretien avec Flavia en 03/17, 2^e année, 22 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

Flavia partage le même humour et perçoit la réalité d'une manière similaire à ses collègues travaillant dans le soin : elles n'ont pas besoin d'expliquer certains détails techniques, pas plus que d'édulcorer certaines réalités, autant d'éléments qui les rapprochent les unes des autres.

Finalement, cette formation produit une forte sociabilité et un sentiment de solidarité entre les membres côtoyant cette institution d'enseignement. Ce cursus façonne en ce sens un esprit de corps qui vient appuyer la dimension corporatiste de la socialisation professionnelle et ainsi servir la visée performative de cette institution.



Cette formation se dote donc d'un objectif de professionnalisation des infirmières et d'achèvement de l'affranchissement du pouvoir médical. Les étudiantes sont amenées à endosser un positionnement autonome et elles sont invitées à se considérer comme des professionnelles ayant des prérogatives de supervision et étant partenaires des médecins.

La représentation de l'infirmière que porte aujourd'hui la formation s'avère ainsi bien éloignée de l'image de la soignante dévouée et exécutante du médecin véhiculée par l'idéalisation philanthropique de cette activité professionnelle. S'il ne s'agit pas ici de dire que celle-ci est complètement erronée, les données recueillies sur le terrain ont montré qu'elle était restrictive et largement partielle. Cette formation cultive actuellement l'image d'une infirmière autonome, scientifique du *care* et ingénieure des corps.

La vision hiérarchique du champ de la santé est aussi largement remaniée. Les étudiantes apprennent à se considérer comme complémentaires des médecins, mais aussi comme responsables des aides-soignantes. Dans cette perspective, une vision relativement singulière du soin et de la santé leur est transmise afin que ces dernières puissent se réclamer de compétences et d'un champ d'action qui leur est propre. L'objectif de l'institution est que cette vision portée par les acteurs et actrices de la formation imprègne les étudiantes afin que ces dernières puissent véhiculer à leur tour le positionnement inculqué au sein du monde de la santé, que ce soit dans le monde de la recherche ou sur le marché du travail qu'elles vont intégrer prochainement, et ce dans le but que les infirmières obtiennent une plus grande place dans le champ de la santé.

À l'instar de ce que montrent plusieurs chercheurs à propos de la formation des ingénieurs et ingénieures (Dufour, 1998 ; Lemaître, 2001 ; C. Roby & Albero, 2013), cette formation arbore une finalité professionnelle et idéologique. Elle revêt une certaine « tendance émancipatrice » dans le sens où ce qui est visé c'est une transformation en même temps qu'une visée professionnalisante. La formation en soins infirmiers transmet à la fois des savoirs et des valeurs propres à modeler les comportements des futures infirmières et à les adapter au rôle des infirmières actuellement, mais elle procure également à celles qui vont devenir les infirmières de demain les savoirs leur permettant de tirer leur activité professionnelle vers plus d'autonomie et de responsabilités. Cette formation apparaît dès lors à la fois garante de reproduction sociale (Bourdieu & Passeron, 1970), mais aussi levier d'une transformation sociale.

Une telle perspective est véhiculée dans une formation qui cultive fortement un esprit de corps. Le caractère clôturant de l'IFSI produit un repli de fait des étudiantes sur l'institution. Celles-ci sont des étudiantes « séculières ». Elles développent un fort sentiment d'appartenance à une entité collective, mais aussi une solidarité interne. Cette institution d'enseignement cultive un agôn collectif : les étudiantes sont invitées à prendre part à la lutte pour la reconnaissance du groupe professionnelle qu'elles vont intégrer.

Le curriculum de cette formation porte ce projet social. L'analyse présentée ici permet de donner du sens aux constats des deux premiers chapitres. Au regard de ces éléments, la transmission des savoirs et la stylistique institutionnelle à l'œuvre dans cette formation s'avèrent au service de l'évolution de la reconnaissance des infirmières. La formation vise le façonnement de « professionnelles du demain ».

Une telle analyse invite à interroger systématiquement ce qui est contenu derrière le terme de professionnalisation, mais également à interroger le curriculum des formations professionnalisantes à l'aune de ces deux orientations de la formation : visée émancipatrice et visée professionnelle.

Deuxième partie :

**INFIRMIÈRES SUR LE TERRAIN :
DES INGÉNIEURES ?**

L'analyse précédente a été l'occasion de révéler les logiques de cette formation (cadre institutionnel, direction de la socialisation et enjeux sous-jacents) et de voir comment les étudiantes l'investissent différemment en fonction de leur parcours antérieur. En plus des dispositions liées au *care*, les futures infirmières ont inculqués des dispositions associées aux cultures technique et scientifique. Ces constats n'ont cependant été établis qu'à partir de l'étude des instituts de formation.

Or les stages occupent une place non négligeable dans la socialisation au travail infirmier (Schepens & Zolesio, 2015). La moitié du parcours des étudiantes est consacrée à la formation clinique. Ces dernières ont au total 2100 heures à effectuer dans des services de soins différents, un volume horaire équivalent à celui des enseignements dispensés à l'IFSI. Une fois par semestre, soit six fois au total au cours de leur formation, elles sont sur un lieu de stage pour une durée variant de 5 à 15 semaines. Elles doivent au moins passer par quatre types de stages dits « représentatifs de familles de situation »¹²⁷ tout au long de leur formation : soins de courtes durées, soins en santé mentale ou psychiatrie, soin longue durée et soins de suite et de réadaptation, mais aussi soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie. Contrairement à ce qui se passe en médecine (Hardy-Dubernet, 2015), les étudiantes infirmières sont ainsi très vite envoyées sur le terrain : en novembre dans l'IFSI enquêté, c'est-à-dire deux mois à peine après le début des cours, avant même d'ailleurs que certaines connaissances pratiques ne soient acquises ou même vues en cours. Cette étudiante ancienne aide-soignante le souligne avec dérision lors d'un entretien :

« On a eu un TP à l'IFSI pour euh... un TP prise de sang tu vois, pour euh voilà. Donc c'est bien tu vois, on s'est tous entraînés sur des humains et après, on s'est tous entraînés sur un bras en silicone. »

(Entretien avec Samantha le 6/02/18, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

Un tel fonctionnement illustre parfaitement la place importante accordée à la formation clinique dans ce cursus. Les stages sont aujourd'hui pensés et perçus comme des lieux d'acquisition de connaissances en conformité avec le modèle de l'« alternance intégrative » dont se réclame cette formation (Bachelard, 1994 ; Malglaive, 2008). Le référentiel le stipule en ces termes : « *Les stages sont à la fois des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances ...* »¹²⁸ Les stages sont d'ailleurs même un lieu de validation de la formation. Contrairement à ce qui se passe en médecine (Hardy-

¹²⁷ Berger-Levrault, p. 54.

¹²⁸ Berger Levrault, 2015, p. 51

Dubernet, 2015), ils permettent de valider un tiers de la formation (33,4 %) si l'on considère leur poids en ECTS (European Credits Transfer System)¹²⁹. Ainsi, les professionnelles qui encadrent les étudiantes ont non seulement un rôle de transmission de connaissances, mais aussi un rôle d'évaluatrices¹³⁰. Dans cette perspective, un dispositif de suivi des étudiantes est prévu¹³¹. Une telle réalité confère aux professionnelles de santé un rôle spécifique. La thèse de L. Girard (2018) montre d'ailleurs bien comment ces dernières viennent consacrer les étudiantes dans leur fonction de future professionnelle. Elle parle de « désignation » pour évoquer l'enjeu de professionnalisation qui sous-tend les stages. Les bilans servent de guide au recrutement pour les cadres de santé qui s'appuient aussi beaucoup, dans certains services, sur le jugement des professionnelles qui y exercent, car ces dernières ont eu l'occasion de voir comment les étudiantes se débrouillaient en tant que stagiaires.

Un tel poids dans le cursus laisse présager que cette partie de la formation joue un rôle non négligeable dans la socialisation des infirmières. Que se joue-t-il dans cet espace de formation ? Les étudiantes sont-elles confrontées lors de leur formation clinique aux mêmes savoirs et aux mêmes exigences qu'à l'IFSI ?

À en croire les enquêtés, il existe un véritable fossé entre les deux. Ces extraits donnent à entendre des propos fréquemment tenus par les infirmières en poste :

« *Il y a une marge entre théorie et pratique* », déclare Marie-Charlotte [une infirmière] sur le chemin quand je lui dis que j'ai fait des observations à l'IFSI. [...] Les deux infirmières m'expliquent que c'est important selon elles de venir voir les stages, car ce n'est « *pas la même logique* ».

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Une des infirmières explique que pour elle la formation est trop « *théorique* ». Elle compare avec ce qu'elles font en tant qu'infirmière sur le terrain : « *nous on est dans le pratico-pratique* ». Elle complète « *Ils sont dans la recherche tout ça, dans l'abstrait. Ça ne sert à rien.* »

(Observation premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 22/11/17)

¹²⁹ Les ECTS sont un système de mesure créé en 1989 par l'Union européenne dans un souci d'harmonisation européenne des diplômes de l'enseignement supérieur. À chaque Unité d'Enseignement (UE) validée sont attribués des **crédits ECTS** (European Credits Transfer System). Un semestre équivaut à **30 crédits ECTS**. Cette norme européenne favorise non seulement les échanges et les poursuites d'études avec l'étranger, mais facilite aussi les reprises d'études.

¹³⁰ Elles doivent à l'occasion des bilans précédemment évoqués compléter une grille de compétences proposées dans le portfolio, ce qui les conduit à se prononcer sur leur acquisition par les étudiantes. Depuis 2009, il ne s'agit plus de notations chiffrées, mais d'appréciations globales.

¹³¹ Chacune des étudiantes se voit attribuer un « tuteur » qui « représente la fonction pédagogique » et des « professionnelles de proximité », autrement dit des infirmières que l'étudiante suit quotidiennement. Celles-ci sont chargées d'assurer son encadrement. Concrètement, en fonction de l'emploi du temps qui leur est donné à leur arrivée en stage, les étudiantes se greffent à l'infirmière qui travaille ce jour-là. Au cours d'un même stage, elles sont donc amenées à suivre différentes professionnelles. La tutrice est généralement vue en début de formation pour énoncer les objectifs de stage, puis lors des bilans de mi-stage et de fin de stage.

Selon elles, ce qu'elles font dans le monde professionnel s'avère bien distinct de ce que les étudiantes voient dans les instituts de formation. Elles opposent la « théorie », la « recherche », les savoirs « abstraits » identifiés comme caractérisant l'apprentissage des IFSI à la pratique qui serait privilégiée sur le terrain. Serge, un ancien aide-soignant, actuellement en formation souligne lui aussi ce décalage, même s'il note qu'il est selon lui moins important que dans la formation des aides-soignantes.

« À l'IFSI, on nous demande beaucoup de connaissances, de théories au détriment de la pratique ».
[...] Serge souligne cependant que le « fossé » qu'il constate pour l'instant est moins grand que dans la formation d'aide-soignante.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 27/11/17)

De nombreux chercheurs et chercheuses sont arrivés au même constat. Il existerait une opposition entre les approches qui y sont à l'œuvre. En sociologie, P. Thouvenin (2004) fait ressortir ce hiatus entre stage et IFSI à partir d'une analyse ethnographique. Il montre que les instituts d'enseignement valorisent une approche globale de la personne, « l'approche holistique » (*cf.* Chapitre III) qui invite les étudiantes à mettre en œuvre des relations « interpersonnelles » avec les patients. Selon lui, en stage, les étudiantes sont plutôt amenées à percevoir la dimension standardisée, morcelée et répétitive de leur pratique, ce qui les conduit plutôt à une « désobjectivation » des patients. E. Rothier-Bautzer (2012) identifie quant à elle d'un côté, l'approche centrée sur le patient ou la patiente, mettant en avant le « rôle propre » des infirmières, valorisée au sein des IFSI et de l'autre, la pratique centrée sur la maladie dictée par les prescriptions médicales à laquelle sont confrontées les étudiantes lors des stages. Des conclusions que l'on retrouve dans les travaux de sciences de l'éducation d'I. Eyland et A. Jean (2016) qui montrent que l'institut d'enseignement, à travers l'apprentissage de la réalisation de projets de soin et l'orientation autour des patients, cultive particulièrement le « rôle propre », les bases scientifiques, mais aussi la technique alors que les stages placent les étudiantes dans des situations de soins davantage axées sur les pathologies et le curatif.

Ainsi, la socialisation en rupture avec l'idéalisation philanthropique de cette activité professionnelle prônée dans les IFSI au travers de la valorisation des cultures scientifique et technique (*cf.* Première partie) serait susceptible de ne pas se retrouver en stage, tout comme le discours d'émancipation et d'autonomie des infirmières. D'autant que le monde de la santé connaît depuis plusieurs décennies maintenant de fortes évolutions, liées notamment à un ensemble de réformes managériales et économiques (Belorgey, 2010 ; Benallah & Domin, 2017 ; Divay, 2013 ; Domin, 2015) qui génèrent non seulement des problèmes d'effectifs et de remplacements, mais qui imposent des contraintes temporelles qui remettent en cause le type

de soins dispensés. Ces réformes ont non seulement introduit des changements organisationnels (Acker, 2005 ; Divay, 2013 ; Gérard, 2005 ; Lapointe et al., 2000 ; Silverman & Skinner, 2004), mais elles ont surtout fait évoluer les pratiques de travail (Acker, 2005 ; Belorgey, 2010). En développant et en instaurant un cadre nouveau, elles ont généré une forte incitation à la productivité qui a renforcé le sentiment d'urgence temporelle¹³² (Acker, 2005 ; Cordier, 2009 ; Domin, 2015) et impacté la qualité des soins (Belorgey, 2010 ; Benallah & Domin, 2017). Elles ont par ailleurs contribué à l'implication plus importante des professionnelles dans la gestion du système de santé, notamment par l'introduction de nouveaux outils de gestion (Hibou, 2012).

De telles modifications du travail des infirmières et du contexte dans lequel elles exercent posent la question du rôle qui incombe aux étudiantes infirmières en stage et des tâches qu'elles ont à réaliser. Les savoirs et le discours tenu au sein des IFSI et des stages sont-ils toujours si opposés ? La formation clinique vient-elle contraster avec la transmission des savoirs identifiée précédemment ou au contraire, les stages complètent-ils et entretiennent-ils les éléments transmis au sein de l'institut de formation ?

Les observations conduites dans le cadre de cette enquête apportent un éclairage sur ce point. La formation clinique des étudiantes en soins infirmiers conforte en partie aujourd'hui les injonctions institutionnelles tenues à l'IFSI. Les étudiantes apprennent que le rôle des infirmières ne se résume pas au *care*. Les stagiaires qui se forment au travail infirmier sont amenées à mettre en œuvre les cultures scientifique et technique, mais également à assurer des tâches administratives (Chapitre IV). Elles apprennent également à entrevoir comment une certaine autonomie professionnelle leur est accordée, même si celle-ci n'est pas aussi étendue sur le terrain que le laissait présager l'IFSI. Les futures infirmières sont finalement préparées à endosser une attitude plus « discrétionnaire » qu'autonome (De Terssac & Maggi, 1996) (Chapitre V). Le secteur d'activité dans lequel elles exercent se révèle enfin largement déterminant et il introduit des déclinaisons spécifiques au rôle infirmier transmis (Chapitre VI).

¹³² Une étude menée récemment par S. Benallah et J-P. Domin (2017) confirme ce sentiment à partir de l'analyse des résultats de l'enquête « Conditions de travail », étudiée entre 1998 et 2013. Leur analyse montre une augmentation conséquente de la perception des contraintes temporelles ressenties par les professionnels de santé (plus 8 points). Ces derniers sont plus nombreux à la fin de la période étudiée (2014) à déclarer sentir le poids du rythme imposé par les contraintes techniques, les normes de production ou les délais à respecter. Cela a notamment contribué à intensifier leur cadence de travail. Ils estiment plus fréquemment être souvent obligés de se presser. Le nombre de travailleurs de la santé qui déclare être « toujours » dans ce cas a augmenté de 22 points entre 1998 et 2013.

Chapitre IV

Du *care* à la diversification du travail infirmier

L'analyse des situations de stage ainsi que les entretiens formels et informels réalisés montrent que sur le terrain enquêté, les dispositions inculquées lors de la formation clinique ne sont pas si déconnectées de celles produites à l'IFSI. Contrairement à ce que suggèrent le discours des enquêtés et les conclusions des enquêtes précitées (Eyland & Jean, 2016 ; Rothier-Bautzer, 2012 ; Thouvenin, 2004), le travail infirmier auquel sont confrontées les étudiantes en stage correspond en de nombreux points à celui brossé par le discours institutionnel tenu au sein des IFSI.

Au cours de l'apprentissage de leur future activité professionnelle, les étudiantes en soins infirmiers sont confrontées à une diversité de situations et amenées à mobiliser différents types de compétences. Le dépouillement qualitatif de l'emploi du temps de deux journées de stage, l'une d'un étudiant de première année en soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'autre d'une étudiante en fin de formation dans un stage préprofessionnel à l'hôpital, révèle cette tendance.

Tableau 28 : Exemples d'emploi du temps de stagiaires infirmières

Journée d'un étudiant de 1 ^{re} année en premier stage en Soins de suite et réadaptation (SSR)			
6h30-6h40 :	Transmission	9h10-9h21 :	Pesée d'un patient
6h40-6h52 :	Réponse aux sonnettes des patients	9h21-9h30 :	Traçabilité des mesures et des soins
6h52-7h :	Préparation du chariot	9h30-11h30 :	Observation prise en charge kiné
7h-7h30 :	Tournée prise de sang	11h35-11h58 :	Observation pose de perfusion
7h30-7h40 :	Démarche de soin	11h58-12h05 :	Tournée des médicaments
7h40-8h05 :	Toilette d'un patient	12h15-13h :	Traçabilité des soins
8h05-8h40 :	Rangement de la chambre et lit		REPAS
8h48-9h10 :	Transmission	13h50-14h10 :	Transmission
<ul style="list-style-type: none">• Temps auprès des patients : 3h49• Temps consacré à la traçabilité et au travail administratif : 1h04• Temps de transmissions orales : 52min• Temps consacré à la préparation et au rangement : 43min			

Journée d'une étudiante en stage préprofessionnel en service de médecine polyvalente			
13h25-14h15 :	Préparation planning de soin	17h35-17h55 :	Entrée d'un patient
14h17-14h50 :	Transmission	18h-18h15 :	Remplissage de la macrocible d'entrée
14h50-14h55 :	Préparation chariot	18h16-18h22 :	Transmission écrite
14h55-16h :	Tournée des médicaments	18h22-18h30 :	Préparation chariot
16h-16h15 :	Téléphone	18h30-19h22 :	Tournée injections
16h15-16h20 :	Suite de la tournée des médicaments	19h22-19h25 :	Rangement du chariot
16h20-16h32 :	Commande de médicaments	19h25-20h :	Transmission écrite
16h32-16h45 :	Téléphone	20h-20h20 :	Tournée des médicaments
16h45-17h :	Préparation perfusion	20h20-20h30 :	Préparation antibiotique
17h-17h05 :	Pose de perfusion	20h30-20h35 :	Suite de la tournée des médicaments
17h05-17h20 :	Lecture dossier patient entrant	20h35-20h42 :	Rangement chariot
17h20-17h25 :	Préparation perfusion	20h45-21h :	Transmission orale
17h27-17h31 :	Changement de perfusion	21h07-21h12 :	Transmission écrite
<ul style="list-style-type: none"> • Temps auprès des patients : 2 h 56 • Temps consacré à la traçabilité et au travail administratif : 2 h 46 • Temps de transmissions orales : 48 min • Temps consacré à la préparation et au rangement : 52 min 			

Source : Compte-rendu d'observation du 1/12/17 en SSR et du 7/05/18

Quel que soit leur avancement dans la formation, le travail des stagiaires se passe, pour une part, auprès des patients, mais également loin de ces derniers. Plus d'un tiers de la journée de l'étudiant de première année et les deux tiers de celles qui est en fin de formation sont consacrés à des tâches éloignées des patients. Les stagiaires sont par exemple chargés de nombreuses tâches administratives effectuées dans le couloir ou dans la salle des soignants et des soignantes. L'étudiante de troisième année consacre plus d'un tiers de sa journée à ce type d'activité : 2h46 sur ses 7h20 de travail. La préparation et le rangement du matériel de soins occupent également ces deux stagiaires près d'une heure, ce qui représente un peu plus de 10 % de leur quotidien. Enfin, toute une partie de leur activité est consacrée au partage d'informations avec les autres professionnels de santé. L'analyse de ces emplois du temps laisse donc entrevoir qu'à l'inverse de l'image de la soignante dévouée, devenir infirmière c'est apprendre à limiter son temps, sa disponibilité envers les patients. Les interactions avec ces derniers et leurs familles ne constituent aujourd'hui qu'une activité parmi d'autres, surtout pour les étudiantes en fin de formation en stage à l'hôpital.

L'enjeu de cette première partie est d'explorer une à une ces différentes tâches et facettes du travail infirmier auquel sont confrontées les étudiantes pour voir quels savoirs leur sont transmis à cette occasion, et ainsi d'interroger l'uniformité de la socialisation de l'ensemble de la formation en soins infirmiers.

IV. 1 Un *care* dans tous ses états

Une part conséquente du rôle des infirmières est toujours consacré à des interactions avec les patients ainsi qu'à du « prendre soin », en adéquation avec l'idéalisation philanthropique du travail infirmier et avec l'origine de cette activité professionnelle.

IV.1.a Des compétences interactionnelles valorisées

Tout comme les formatrices à l'IFSI, les infirmières sur le terrain mettent fortement en avant l'éthique du *care*. La dimension interactionnelle et le prendre soin sont appréhendés et présentés comme inhérents au travail infirmier. Le discours des professionnelles ne vient pas remettre en cause l'association courante faite entre infirmière, écoute, bienveillance et empathie, ni celle portée au sein de l'IFSI. Au contraire, les infirmières entretiennent la nécessité de mobiliser ces dispositions. Elles poussent les étudiantes à aller au contact des patients :

La cadre lui donne quelques conseils : recueillir des données en prenant contact avec les patients avant de lire les dossiers [...] Elle l'invite à passer tout le temps qu'elle peut avec les patients.

(Observation, premier stage de Camille, psychiatrie, le 28/05/18)

Dans ce premier stage au sein d'un service psychiatrique, cette étudiante de première année a par exemple plusieurs fois vu des professionnelles lui recommander d'investir la relation directe avec les patients. D'ailleurs, l'organisation même de son stage est pensée pour qu'elle se concentre dessus. Toute une semaine y est consacrée. En outre un certain nombre de médias à disposition des étudiantes en stage viennent rappeler son importance. Dans un service de chirurgie, de la documentation à destination des soignants et des soignantes met par exemple en avant la nécessité d'être à l'écoute.

Dans la salle de pause, une petite BD d'une demi-page est posée sur la table principale. Elle revient sur l'importance de l'écoute du patient. Cette BD s'intitule *Histoire de patients, tome trois*.

(Observation, hôpital service de chirurgie, le 21/11/17)

La dimension interactionnelle est ainsi sans cesse présentée aux étudiantes comme essentielle.

Au-delà d'une simple recommandation, il s'agit d'un critère de reconnaissance d'une posture professionnelle. Ces savoirs font en effet partie des compétences évaluées dans les stages, comme à l'IFSI (Partie 1). Les bilans sont une occasion privilégiée pour revenir à la maîtrise du « relationnel » :

Étudiante agréable, prend des initiatives, tout en restant à sa « place » de stagiaire. Niveau soin, bonne amélioration : suit les conseils, respecte les règles d'hygiène et d'asepsie. De plus, bon relationnel avec les résidents. Respectueuse.

(Extrait bilan intermédiaire du premier stage de Maïna, stage à l'EHPAD)

Les deux infirmières se mettent d'accord pour noter dans les remarques sur le stage qu'Alexis a des bonnes relations, aussi bien avec les collègues qu'avec les résidents. Elle ajoute que c'est quelqu'un de motivé. [...] Dans les points forts, elles identifient les capacités relationnelles.

(Observation stage préprofessionnel d'Alexis en foyer d'accueil médicalisé (FAM), le 24/05/18)

Comme le laissent entrevoir ces deux exemples, quand les étudiantes mobilisent le « relationnel » dans le sens où l'attend l'institution, les professionnelles le signalent positivement dans les bilans. Au regard du rôle de « désignation » (Girard, 2018), une telle sanction contribue à entériner la place occupée par ces compétences dans l'activité professionnelle. Les gratifications ainsi énoncées jouent un rôle déterminant dans la transmission de cette posture.

Les étudiantes s'approprient d'autant plus ce type de dispositions en stage que ces jugements des professionnelles viennent conforter le discours des formatrices (cf. Chapitre II) et se trouvent repris par les patients. Ces derniers dispensent en effet eux aussi ce type de sanctions positives face à l'adoption de dispositions liées au *care* : « *Ce qu'il y a, c'est qu'elle est d'une extrême douceur* »¹³³, « *Elles sont toutes gentilles, mais elle, elle est très gentille* »¹³⁴, « *C'est rare d'avoir des garçons aussi doux* »¹³⁵, « *Vous êtes bien charmant. J'apprécie votre contact humain. Vous détendez l'atmosphère* »¹³⁶, « *Je suis vraiment tombée dans un bon service. Vous êtes gentille* »¹³⁷. Les futures infirmières apprennent ainsi que les savoirs comportementaux associées au *care* sont importantes à acquérir. Elles sont 43,6 % à choisir l'écoute quand on les interroge sur les deux principales compétences à acquérir pour devenir infirmière. Il s'agit de la deuxième compétence la plus fréquemment citée¹³⁸.

IV.1.b Un apprentissage secondaire

Cependant, à l'instar de ce qui se passe dans les IFSI, la mise en œuvre des savoirs comportementaux associées au *care* est restreinte et leur apprentissage reste secondaire. Les observations sont particulièrement révélatrices sur ce point. Elles laissent apparaître que si les savoirs comportementaux associés à cette posture sont bel et bien cultivés dans cette formation, leur transmission n'est pas pour autant centrale.

¹³³ Propos tenus par une patiente au sujet de Maïna en EHPAD, 1^{er} stage de première année, le 20/12/17

¹³⁴ Propos tenus par une patiente au sujet de Maïna en EHPAD, 1^{er} stage de première année, le 22/12/17

¹³⁵ Propos tenus par une patiente à Serge en soins de suite et de réadaptation (SSR), 1^{er} stage de première année, le 28/11/17

¹³⁶ Propos tenus par un patient à Serge en SSR, premier stage de première année, le 1/12/17.

¹³⁷ Propos tenu par une patiente à Camille en chirurgie, premier stage de première année, le 24/11/17.

¹³⁸ Ces chiffres sont issus de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiantes.

Quelques conseils sont bel et bien donnés aux stagiaires par les infirmières sur la préoccupation relationnelle et l'attention aux autres.

Quand elle frappe, la patiente ne répond pas. Maïna entre, la patiente a les yeux fermés. Elle est allongée sur son lit, le long de sa bouche ouverte du chocolat dégouline. Maïna s'approche, la secoue. La patiente ne répond toujours pas. Elle descend en courant voir Claire [infirmière] pour la prévenir. Celle-ci lui explique que son état est normal, c'est une patiente qui est souvent comateuse. Claire lui conseille de regarder son dossier et souligne qu'elle doit le faire à chaque fois : « *Normalement tu dois connaître ta patiente.* » Claire lui rappelle ensuite l'importance de parler même quand la patiente n'est pas consciente.

(Observation stage, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Lors de cette toilette auprès d'une patiente comateuse, l'infirmière invite par exemple sa stagiaire à toujours être en interaction avec les patients, quel que soit leur degré de conscience. Nonobstant, elle ne décrit pas précisément la manière d'entrer en communication. Comme elle, les professionnelles tendent à ne pas divulguer aux étudiantes les savoir-faire et savoir-être que cette posture suppose. L'apprentissage du *care* se fait plutôt dans une logique d'apprentissage du travail que dans une logique de transmissions de savoirs (Delbos & Jorion, 1984). Il ne semble pas y avoir de représentations conceptuelles du travail du *care*. L'apprentissage de cette posture ne s'accompagne pas d'un discours d'enseignement. Aucune transmission orale systématique n'a été observée. Cette autre situation l'illustre parfaitement :

9h10 : Stan [aide-soignant] donne des conseils à Camille. Il lui explique l'ordre de la toilette : les pieds, la toilette intime dans le lit, puis laisser faire la patiente pour le reste si elle peut se lever. Il lui suggère de faire le lit pendant ce temps-là. Il explique que cela permet d'être disponible au cas où.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 21/11/17)

Cet aide-soignant qui prodigue des conseils avant une toilette insiste sur les différentes étapes du soin corporel, mais ne mentionne jamais la manière d'entrer en contact avec la patiente. Il véhicule et explicite les attendus du *care* à travers une prescription autour de la réfection des lits : se rendre disponible sans faire à la place de. L'éthique du *care* s'avère donc transmise en stages par des prescriptions générales.

Cependant, elle est également actualisée par une imprégnation et une incorporation du discours. L'apprentissage a également lieu de manière silencieuse par mimétisme. La posture d'observatrice qu'adoptent les étudiantes dans le cadre des stages favorise cette forme de transmission.

7h15 : Elles entrent dans une nouvelle chambre. La prise de tension effectuée, Camille reprend les questions que l'infirmière avait posées dans la chambre précédente : « *comment ça va ?* », « *avez-vous des douleurs ?* »

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

Une telle configuration leur permet de s'approprier certaines routines interactionnelles que les infirmières mettent en œuvre. La tournée du matin est par exemple l'occasion pour cette étudiante de première année de reprendre les questions que l'infirmière suivie pose systématiquement quand elle entre dans une chambre.

Ces constats suggèrent que l'apprentissage des compétences affiliées à l'éthique du *care* est en fait secondaire. Les conseils des infirmières, bien que portant essentiellement sur la pratique, se focalisent principalement, voire exclusivement, sur des conseils techniques de réalisation de l'acte ou sur l'organisation du soin :

Serge souligne qu'il faut ensuite prendre la glycémie. Aline, l'infirmière, valide et lui demande où elle peut piquer. Serge répond sur la cuisse, dans le deltoïde, l'omoplate et le ventre. Elle valide et lui conseille de ne surtout pas purger l'aiguille sur le Lovenox et les autres anticoagulants, car la seringue est prévue pour être vidée.

(Observation, premier stage de Serge, EHPAD, le 14/06/18)

Dans cette première situation, les conseils de l'infirmière portent sur la technicité de l'injection des anticoagulants, si la professionnelle évoque la localisation de l'injection et recommande de ne pas effectuer une manipulation en amont, elle ne parle à aucun moment de l'engagement de l'interaction précédant le soin.

Dans un autre stage, une infirmière ignore l'absence de réactions de l'étudiante face aux interactions engagées par la patiente et se contente de faire des recommandations sur l'ergonomie et le matériel.

Samantha entre le chariot dans la chambre. Charlotte, l'infirmière, lui emboîte le pas. Elle lui conseille de monter le lit et demande à la patiente de s'allonger complètement sur le dos. Samantha s'exécute. La patiente lui dit où et à quel bras la piquer. Samantha tente de l'autre côté. Elle n'arrive pas à sentir de veines. Elle change donc de bras. La patiente lui indique où se trouve sa veine. Samantha semble ne pas tenir compte de son indication, elle tâte son bras, semble en repérer une, demande confirmation à Charlotte. Cette dernière valide. Samantha demande ensuite si elle pique en laissant le garrot. Charlotte lui répond « *On te dit d'enlever le garrot après le premier tube, sauf que nous on le laisse sinon le sang, il ne coule pas.* ». Samantha acquiesce. Elle désinfecte et demande si elle enlève le garrot. Charlotte approuve. Elle lui conseille de se mettre à l'aise. Elle lui suggère de poser son plateau sur le ventre de la dame pour ne pas avoir à se retourner. Samantha demande ensuite si on commence bien par le tube vert. Charlotte désapprouve et lui dit de commencer par le marron. Elle lui donne un moyen mnémotechnique pour s'en souvenir à savoir de suivre l'ordre alphabétique

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service gériatrie, le 11/12/17)

Même lorsque l'étudiante se retrouve en difficulté face à une situation d'interaction, l'explicitation de la démarche interactionnelle n'est pas effectuée. Cette autre scène observée lors d'un stage auprès d'une étudiante de première année confrontée à un refus de soins vient corroborer ce constat.

Camille essaie d'aller faire la toilette de la patiente qu'on lui a indiquée. C'est une patiente âgée qui est démente. Tout de suite cette dernière refuse que Camille lui fasse sa toilette. Camille est seule dans la chambre, personne ne vient l'aider. Elle est déçue. Elle ne sait pas si elle doit insister ou non. La patiente lui dit qu'elle n'a pas l'habilitation pour. Elle lui répète qu'elle est toute nue sous sa chemise et qu'elle va avoir des problèmes si elle continue à vouloir la déshabiller. Camille va voir une aide-soignante qui lui dit qu'elle est démente et lui suggère de ne pas insister.

10h00 : L'aide-soignante lui conseille une autre patiente.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

Devant l'incapacité de l'étudiante à réaliser le soin, l'aide-soignante fait le choix de contourner le problème en affectant à la jeune fille une autre patiente plutôt que de décrire les étapes de la négociation du soin. Quand l'étudiante tente de recevoir des conseils un peu plus tard, ses interrogations restent une nouvelle fois sans réponses :

Camille dit : « *ce qui m'a surprise, c'est les patients déments, comment réagir.* » L'aide-soignante ne commente pas, elle revient sur la toilette et commente : « *il faut toujours regarder l'organisation, la sécurité du patient, l'état du pansement.* »

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 21/11/17)

Ainsi, l'explicitation de la démarche pour acquérir ces comportements interactionnels et atteindre la posture de pourvoyeuse de *care* n'apparaît pas centrale.

IV.1.c Une restriction pratique

D'ailleurs, la formation clinique incite les étudiantes à ne pas trop se consacrer à cette dimension de leur activité professionnelle.

Comme cela a été évoqué brièvement lors l'analyse des emplois du temps entamée dans l'introduction (cf. Tableau 28, p. 244), les temps auprès des patients ne constituent qu'une partie du travail infirmier présenté aux stagiaires. Sur 6h28 de services effectués dans une journée, un étudiant de première année en SSR en passe 3h49 auprès des patients. De son côté, sur ses 7h22 de service, l'étudiante en fin de cursus consacre 2h56 au contact des patients. Au maximum¹³⁹, c'est donc respectivement 59 % et 39 % de leur journée qui se déroule auprès d'eux. Les observations conduites dans d'autres stages confirment ce constat. Au-delà de la différence notable entre stagiaires en début et en fin de cursus qui sera analysée ultérieurement, de telles proportions révèlent que, quelle que soit l'année de formation, les temps auprès des patients, et donc ceux permettant objectivement des interactions avec ces derniers, n'excèdent pas les deux

¹³⁹ Si l'on considère que les étudiantes ont mis en œuvre des dispositions liées au *care* à chaque fois qu'elles étaient en présence du patient. Néanmoins, nous allons le voir dans la suite de ce chapitre, la réalité est plus complexe que cela.

tiers d'une journée pour les étudiantes¹⁴⁰. Certains jours et dans certains services, il s'agit même d'une activité marginale. En ce sens, les stages confortent l'idée défendue par l'institution et identifiée lors de l'analyse du discours institutionnel dans la partie précédente (cf. Chapitre II), selon laquelle, aujourd'hui, la formation en soins infirmiers confronte les étudiantes à des rôles plus variés que le seul *care*.

Cette réalité surprend d'ailleurs les futures infirmières en formation. Elles sont plusieurs à faire part d'une attente contrariée lors des entretiens ou des discussions informelles. Cette troisième année l'évoque explicitement :

« En fait, j'suis arrivée dans ma formation, je n'avais pas du tout la bonne représentation du métier hein. [...] J'vais t'dire un truc, j'vais passer pour une grosse conne, mais je voyais ça un peu comme Grey's Anatomy¹⁴¹, tu vois. Genre, on va connaître des patients, mais toute leur vie. On va être là pour leur parler, pour leur dire des belles choses. On va les soigner puis ils vont repartir comme si de rien n'était, plus heureux que jamais. [Rire] Tu vois, c'était un peu ça quoi : être là pour aider les gens, pour les soigner, qu'ils viennent parce que tu vois, je vais les soigner quoi. Et, et en fait, mais alors pas du tout. Mais c'est pas du tout ça ! [...] En fait, je m'attendais vraiment tu vois, à avoir ce relationnel avec les patients. Et en fait, je pense que j'suis un peu frustrée de ça. »

(Entretien avec Shana le 12/01/18, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Il y a souvent chez les étudiantes comme pour Shana un décalage entre leurs représentations initiales, fréquemment empreintes d'une idéalisation philanthropique de cette activité professionnelle, et la réalité de la place accordée au relationnel. Mandy, une étudiante de première année évoque une surprise similaire :

« Je m'attendais pas du tout à ce qu'il y ait autant d'administratif. [...] Limite tu as plus d'administratifs que de soins. »

(Entretien avec Mandy, 1^{re} année, 21 ans, mère : aide-soignante, père : aides-soignant, le 23/10/17)

D'ailleurs, l'absence relative de cette dimension contribue même chez certaines à remettre en cause leur projet d'avenir au sein de cette profession.

Maïna me confie qu'elle ne sait pas si elle va aller jusqu'au bout de la formation, car elle recherche du « relationnel » et selon elle, ça manque dans le travail d'infirmière. Elle ne retrouve pas assez cette dimension. Elle me dit qu'elle s'arrêtera peut-être sur le métier d'aide-soignante.

(Observation, discussion informelle avec Maïna lors de son premier stage, le 21/12/17)

Maïna qui se confronte pour la première fois au rôle d'infirmière en EHPAD lors de son stage de début de cursus me confie que cette absence d'interactions avec les patients génère chez elle

¹⁴⁰ Les chiffres de ce paragraphe sont issus du dépouillement des observations de stages de 7 étudiantes de premières et troisièmes années, suivies pendant une semaine lors de leur premier stage et de leur stage préprofessionnel. Ces observations ont été menées dans différents services : chirurgie, EHPAD, Soins de suite et de réadaptation (SSR), Gériatrie, Médecine polyvalente, Foyer d'accueil médicalisé (FAM), unité de surveillance continue (USC).

¹⁴¹ Série télévisée sortie en 2006 qui suit l'internat d'une étudiante en médecine.

des doutes sur son avenir. Cette dimension étant celle qui l'a poussé à choisir ce travail, elle envisage une reconversion ou plutôt un arrêt de formation en fin de première année ce qui lui permettrait d'exercer la fonction d'aide-soignante qui correspond selon elle davantage à ses attentes. Ce type de réaction est loin d'être isolé. Laura, une autre étudiante de première année passée par une préparation à la fonction d'aide-soignante avant d'intégrer l'IFSI, manifeste un sentiment semblable :

« C'est vrai que, quand j'ai fait mon stage en EHPAD, je me suis posé la question : est-ce que c'est vraiment infirmière que tu veux faire ? Parce qu'infirmière, t'auras moins ce contact avec le patient qu'aide-soignante. Parce qu'aide-soignante, on pouvait plus prendre le temps de parler pendant les toilettes et tout, que c'est pas quelque chose que l'infirmière elle peut faire. »

(Entretien avec Laura le 23/10/17, 1^{re} année, 19 ans,
mère : professeure de lycée professionnel, père : chef d'entreprise)

Chez ces jeunes étudiantes qui ont intégré la formation rapidement après le baccalauréat, le manque de relationnel est une surprise qui déstabilise leur projet. On pourrait s'attendre à ce que cette frustration se retrouve uniquement chez des étudiantes qui, comme elles, n'ont pas beaucoup de connaissances du système de santé, mais les discussions informelles avec des aides-soignantes en promotion professionnelle montrent le contraire. Alors que ces dernières sont plus familières de la réalité du monde de la santé et de cette activité professionnelle, elles ne se montrent pas moins décontenancées par cette situation. Elles sont plusieurs à m'avoir fait part de leur surprise et de leur regret sur ce point. Serge, l'un d'entre eux, me confie un tel sentiment lors de son premier stage en soins de suite et de réadaptation :

Il m'explique que le stage n'est pas toujours facile et qu'il a des surprises sur le métier « On a l'impression de découvrir le métier, même nous. »

(Discussion informelle avec Serge lors de son premier stage en SSR, le 27/11/17)

Il détaille son sentiment de manière rétrospective lors de notre deuxième entretien.

« Bah ouais, ouais, j'ai eu des surprises parce que je pensais que bah après c'est p'têt aussi la spécificité du service où j'étais, où l'infirmière ne fait pas de soins de nursing, où l'infirmière, elle est plus dans son bureau à faire ses papiers tout ça. »

(Entretien avec Serge le 16/02/18, aide-soignant, 1^{re} année, 34 ans,
mère : agent de service puis ASH, père : technicien)

Cet ancien aide-soignant rend compte à diverses occasions de ce qu'il juge un faible temps passé auprès des patients.

La place accordée à cette dimension dans le travail des stagiaires évolue par ailleurs en fonction de l'année de formation. Comme le laisse entrevoir le tableau Archives 1 (p. 7), l'étudiante en stage préprofessionnel passe une moins grande partie de sa journée à ce type de tâches. Elle y consacre une heure de moins que son homologue de première année. Une étude

plus quantitative des journées de stage va dans le même sens : la formation clinique que reçoivent les étudiantes les éloigne progressivement des patients.

Tableau 29 : Part du temps consacré en moyenne aux différentes tâches par les étudiants et étudiantes en soins infirmiers en stage (en %)

		Auprès des patients	Tâche administrative	Préparation et rangement	Transmission orale	
1^{er} stage	Camille	Chirurgie	59	18	18	15
	Maïna	EHPAD	66	17	17	/
	Serge	Soins de suite et de réadaptation (SSR)	57	15	11	17
	Samantha	Gériatrie	41	30	17	12
Stage Pré-pro	Flavia	Médecine polyvalente	45	38	8	9
	Alison	Unité de surveillance continue (USC)	42	35	9	14
	Alexis	Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	58	14	11	17

Source : Dépouillement des observations de stages de 7 étudiants de premières et troisièmes années, suivis pendant une semaine lors de leur premier stage et de leur stage préprofessionnel

Note de lecture : Camille, étudiante en première année, consacrait en moyenne 59 % de sa journée à des tâches auprès des patients.

Les étudiantes tendent à passer de moins en moins de temps auprès de ces derniers. Sur les quatre étudiantes de première année observées, le temps auprès des patients représente près des deux tiers de la journée, respectivement 59 %, 66 %, 57 % et 41 %¹⁴² (Tableau p. 15). Si une majeure partie du quotidien des stagiaires en début de cursus se passe donc auprès du patient, ce n'est pas le cas en fin de cursus. En troisième année en service à l'hôpital, ces temps n'occupent plus qu'environ 40 % de la journée des stagiaires. La part du quotidien des infirmières consacrée à ce type d'activité diminue donc progressivement d'après l'analyse des emplois du temps.

Les observations conduites en stage permettent d'éclairer ces disparités d'activités des stagiaires. La moindre prégnance de cette dimension en fin de formation s'explique en premier lieu par les différences de tâches à réaliser en fonction de l'avancement dans le cursus. En première année, les stagiaires n'ont tout d'abord que deux patients en charge ce qui leur laisse

¹⁴² La plus faible proportion retrouvée chez l'une d'elles peut s'expliquer par les conditions même de son stage au moment de mes observations. Les professionnelles qu'elle suit ne la sollicitent pas pour qu'elle vienne avec elles auprès des patients. Elles lui font comprendre qu'elle est de trop, de sorte que Samantha, l'étudiante, met en place une stratégie de repli sur l'ordinateur pour occuper ses journées.

la possibilité de passer du temps avec eux. En outre, elles ont en priorité à valider leur compétence 3 : « *Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens* ». Camille, l'une d'elles, a par exemple comme objectif de stage, les « soins de bien-être et confort » ainsi que les « pansements simples ».

Camille et Séverine [l'infirmière] ont une discussion sur les tâches données aux étudiantes de première année. Séverine souligne qu'en première année, on demande aux étudiantes d'être beaucoup avec les aides-soignantes et de faire des toilettes. Elle souligne que cela ne correspond pas aux attentes qu'on a quand on entre dans cette formation : « *Faut être honnête, on ne fait pas ça pour ça.* » et que généralement elles ont hâte de piquer.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 24/11/17)

Dans cette perspective, comme l'explique cette professionnelle, les premières années suivent le plus souvent les aides-soignantes au début de leur stage et se voient chargées de faire la toilette des patients. Shana, une troisième année, rend compte d'une expérience similaire lors de ses premiers stages :

« *Et puis tu vois en fait, ouais et puis genre, les premières années pour eux c'était aide-soignante, tu vois. C'était pas première année d'infirmière, c'était aide-soignante. [...] Donc en fait j'ai tourné une fois avec des infirmières en cinq semaines. [...]*

– ***Donc, tu as fait beaucoup de toilettes ?***

– *Ouais, j'ai fait... Ouais et puis c'est pas forcément le truc qui m'intéressait, même si c'est important dans notre métier de savoir-faire ces choses-là. Bah ouais... T'es là pour être infirmier et une infirmière, faut pas se mentir à l'heure d'aujourd'hui elle a pas le temps de faire les toilettes et donc voilà quoi.* »

(Entretien avec Shana, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien, le 12/01/18)

Comme l'exprime à la fois l'infirmière en poste et cette troisième année, ce type de tâches n'est que rarement effectué par la suite. En fin de troisième année, les stagiaires qui ont la charge de la quasi-totalité des patients de leur service, ont un quotidien plus proche de celui des infirmières en poste et sont en ce sens moins confrontées à ce type de tâches. La nature hétérogène de leur travail et le contexte d'urgence imposé par les nouvelles réformes de la santé (Acker, 2005)¹⁴³ poussent les infirmières et les futures infirmières à rationaliser le *care*. Bien que relevant de leurs compétences, les temps longs auprès du patient, notamment les toilettes, se voient largement délégués aux aides-soignantes (Arborio, 2012 ; Rothier-Bautzer, 2012), comme le confie un formateur de l'IFSI : « *... faire une toilette à quelqu'un. Alors même si ça c'est une partie qu'on délègue aux aides-soignantes, mais c'est dans notre, notre champ d'activités quand même* »¹⁴⁴.

¹⁴³ Dans ses travaux F. Acker (2005) montre bien comment les infirmières opèrent un tel arbitrage en maintenant certaines tâches qu'elles estiment centrales et en consacrant moins de temps à certaines autres, notamment le relationnel. Elles montrent par ailleurs que les infirmières ont aussi été obligées de faire un usage plus restrictif de certains outils. L'injonction à la rentabilité imposée par les différentes réformes s'est traduite par une diminution des ressources hospitalières, une réalité avec laquelle les infirmières ont dû composer.

¹⁴⁴ Entretien avec Eugène, formateur à l'IFSI, septembre 2016.

Ainsi, les futures infirmières doivent apprendre à prendre de la distance vis-à-vis du patient. Cette discussion entre un étudiant et une professionnelle le révèle :

Serge discute avec Amel [l'infirmière] de son bilan de mi-stage. Il lui explique qu'il doit revoir son positionnement et arriver à mieux identifier son rôle d'infirmier : « *avant j'avais la vision quand quelqu'un sonne, je le mets sur le montauban* ». Amel commente qu'il faut « *savoir quand le faire et quand le déléguer*. » Serge approuve et dit que c'est difficile, car ici les soins de nursing sont énormément délégués alors qu'à l'IFSI, on le présente comme une compétence infirmière. Amel lui répond quand il fait des soins nursing, il loupe potentiellement des choses comme les transmissions infirmière médecin. Elle le rassure en soulignant que c'est normal que pour un premier stage, la posture infirmière ne soit pas totalement acquise.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 30/11/17)

La formation clinique véhicule une rationalisation des interactions et du *care*. Les futures infirmières apprennent à ne pas le distribuer systématiquement, mais avec parcimonie, après réflexion et arbitrage... comme en témoigne le conseil de l'infirmière : « *faut savoir quand le faire et quand le déléguer* ».

Une telle transmission du *care* et la restriction pratique identifiée nous apprennent que d'autres savoirs sont plus importants à transmettre aux futures infirmières au cours de leurs stages. Quels sont-ils ? Quelles autres dispositions cette formation clinique cultive ? Une piste ressort des situations précitées, celle de la technicité. Qu'en est-il réellement ?

IV. 2 Une culture technique à tous les niveaux

La culture technique s'avère fortement mobilisée lors de la réalisation des soins. Si, nous l'avons vu, les gestes corporels qu'ils supposent sont transmis en partie à l'IFSI lors des travaux pratiques (cf. Chapitre II), ils se trouvent également transmis directement en stage au contact des professionnelles et des patients. Une part non négligeable des stages des étudiantes est consacrée à leur apprentissage.

IV.2.a Des soins avec outils aux soins de confort et bien-être

D'une part, les étudiantes s'initient à des activités mobilisant des outils comme les prises de sang, la pose de sondes urinaires, de perfusions, de chambres implantables...

La maîtrise de ces techniques et gestuelles fait d'ailleurs partie des critères évalués par les professionnelles au cours des stages.

Maïna semble en difficulté pour mettre les gouttes. Claire [l'infirmière] rigole et me dit : « *Elle n'y arrive pas [...] C'est vrai en plus* », puis va l'aider. En sortant, elle commente en rigolant : « *Je ne sais pas ce que tu faisais comme chorégraphie* ».

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Les infirmières commentent et corrigent régulièrement les étudiantes qui adoptent une mauvaise posture, à la fois après chaque soin observé, mais aussi lors des bilans de fin et mi-stage.

Niveau soin, bonne amélioration : suit les conseils, respecte les règles d'hygiène et d'asepsie. [...] Axe d'amélioration : Poursuivre la dextérité dans les soins. Dois faire plus de lien avec la théorie et la pratique.

(Extrait bilan intermédiaire du premier stage de Maïna, élève de première année en stage à l'EHPAD)

Le manque d'habiletés est parfois l'objet de remarques à l'instar de celles faites à Maïna ce qui confirme qu'il s'agit de savoir-faire à maîtriser pour les étudiantes. Néanmoins, la mobilisation de la technicité ne s'arrête pas à ce type de soins.

Les soins de bien-être et de confort comme la toilette ou le changement de draps par exemple supposent également une certaine « technique », c'est-à-dire qu'elle mobilise une méthode et un savoir-faire professionnel.

L'observation des premières années permet de rendre visibles toute la dextérité et les connaissances que ce type de gestes suppose. Les étudiantes en début de formation se trouvent en effet en difficulté quand elles y sont confrontées :

Camille doit ensuite enlever la couche, mais n'y arrive pas. L'infirmière lui dit qu'elle n'avait pas bien tiré le change avant. Elle lui demande comment elle a effectué la toilette. Camille lui explique et s'excuse en disant qu'elle s'est trompée d'ordre. L'infirmière lui réexplique l'ordre idéal. Elle lui conseille ensuite de l'écrire pour se le rappeler. [...] L'infirmière lui décrit ce qu'elle doit faire pour changer les draps. Elle la laisse faire, puis dit que ça ne va pas. Elle lui montre comment faire.

(Observation, premier stage de Camille en chirurgie, le 20/11/17)

Il ne s'agit pas de réaliser une toilette ou de faire un lit comme on le ferait dans la vie de tous les jours. Ces tâches engagent un déroulement précis et des gestes bien définis que les étudiantes doivent intérioriser.

Comme à l'IFSI, leur transmission se fait sur le mode du « compagnonnage » (cf. Chapitre II). Les infirmières décrivent et montrent aux étudiantes comment procéder avant de les laisser manipuler d'abord sous surveillance, puis seules.

Lisa [infirmière] prépare la prise de sang. Camille prend des notes sur les étapes sur un petit carnet qu'elle a dans sa poche de blouse. Lisa lui dit de toucher la veine. Elle lui demande ensuite si elle lui remontre comment faire une prise de sang. Camille approuve. Elle lui explique : « *tu touches la veine, tu tires la peau, t'enlèves le type.* »

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 21/11/17)

L'infirmière lui montre ensuite comment ouvrir un set de pansement. Elle lui annonce qu'ils vont faire un protocole bêta. [...] Elle décrit les différentes étapes à Maïna. Cette dernière écoute attentivement. Elle ne prend aucune note.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Les étudiantes sont ainsi familiarisées avec le déroulement, puis la gestuelle et les précautions d'asepsie à mettre en œuvre lors des soins.

IV.2.b En passant par la préparation et le rangement du matériel

Si les savoirs associés à la technicité sont convoqués au cours de la réalisation de ces tâches, les observations révèlent qu'ils le sont aussi en amont, lors de leur préparation et du rangement de matériel :

7h07 : L'infirmière laisse Samantha préparer son chariot. Cette dernière se demande quel tube il faut prendre et où. C'est la première fois qu'elle a à préparer son chariot. Elle ne sait pas quoi prendre. Elle est en difficulté dans la salle du matériel. Elle pose sur le chariot un SHA, des gants. Elle réfléchit. [...] Elle ajoute un sac poubelle. Elle va ensuite voir Charlotte [l'infirmière] pour savoir comment faire pour les tubes. Charlotte propose un haricot à Samantha. Elle lui conseille de poser son sachet plastique dedans, puis nuance « *tu le fais comme tu le sens.* ». Samantha répond « *Je le sens bien comme toi.* » [...] Dans le couloir au passage, elle regarde le chariot de Charlotte pour voir si elle a la même chose. Elle ne se rend pas compte qu'elle a oublié quelque chose. Elle va ensuite voir l'infirmière pour lui demander si elle n'a rien oublié. Charlotte lui répond « *Tu vas bien voir, c'est en faisant des allers-retours qu'on apprend le mieux.* » Elle regarde le chariot, mais ne fait aucun commentaire. Samantha se rend compte qu'elle a oublié le coton juste avant d'entrer dans la chambre. Elle va en chercher.

(Observation, 1^{er} stage de Samantha, hôpital service de gériatrie, le 11/12/17)

La préparation du chariot, et plus largement des soins, ne va pas de soi. Elle implique une visualisation de la manipulation et du matériel à mobiliser par la suite. L'infirmière l'explique à l'étudiante, ces tâches font partie intégrante de l'apprentissage. Lors d'un stage en chirurgie, cette autre étudiante de première année consigne d'ailleurs dans son carnet les éléments que la professionnelle met sur son chariot pour préparer un changement de pansement¹⁴⁵ afin de les apprendre. Si les étudiantes n'ont pas bien en tête les différents éléments du soin, elles risquent d'oublier quelque chose, comme c'est le cas pour Samantha qui ne pense pas au coton immédiatement. Outre la connaissance de la démarche du soin, la préparation du soin suppose la connaissance des différents outils utilisés (aiguilles, tubulures, pansements). Avant d'effectuer leur soin, les infirmières ont à choisir avec quel appareil elles vont le faire :

Serge lui demande la différence entre les épicroâniennes et les autres aiguilles. L'infirmière lui répond qu'il y a une différence de débit : les épicroâniennes récoltent beaucoup plus lentement.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 1/12/17)

En fonction des raisons de la prescription et du patient, elles vont devoir orienter leur choix. La formation clinique permet donc aux étudiantes non seulement de cultiver la manipulation, mais aussi la réflexion autour des outils et de leurs usages.

IV.2.c Une culture technique au cœur des apprentissages en stage

Les étudiantes s'approprient de plus en plus ces compétences au cours de leur formation. Les stagiaires en fin de formation passent moins de temps à la préparation et au rangement de matériel : elles y consacrent moins de 10 % de leur journée, contre 10 à 20 % pour les premières années (cf. Tableau 28, p. 244). Cependant, il s'agit moins dans ce cas d'un rétrécissement pratique comme pour le *care*, que la preuve d'une familiarisation plus grande avec les soins techniques et les outils qu'ils nécessitent. Les étudiantes débutantes passent en effet beaucoup de temps à chercher du matériel ou à chercher ce dont elles vont avoir besoin.

9h32 : Camille va préparer le matériel pour faire la toilette de son patient. Elle ne trouve pas de draps, mais n'ose pas demander. Elle commente : « *on se sent con* ». Elle me dit que ça l'agace de toujours demander. Elle finit tout de même par aller poser la question à une aide-soignante. Elle lui indique, mais ne l'accompagne pas dans la salle. Camille tourne de nouveau plusieurs minutes en rond avant de les trouver.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

¹⁴⁵ Situation observée lors du stage de Camille, étudiante en 1^{re} année, le 21/11/17 en chirurgie : « *9h07 Lisa va préparer le chariot pour faire les pansements dans une salle du matériel situé en face de la salle des soignants et des soignantes. Elle sort tout ce dont elle a besoin sur le chariot. Camille l'a suivi. Elle se contente de noter ce qu'elle prend sur son carnet.* »

Cette étudiante de première année passe ainsi un long moment à chercher des draps. Elle m'explique qu'un tel temps de recherche est fréquent. Il lui arrive souvent de ne pas trouver le matériel, d'en avoir oublié une partie ou de ne pas savoir quel élément prendre pour un soin. Une situation qui se rencontre beaucoup moins fréquemment dans les stages de préprofessionnalisation.

Comme ce qu'ont pu constater M. Cartier et M-H. Lechien (2012), à propos du métier d'auxiliaire de puériculture en crèche, il s'avère donc au regard de ces constats que le travail des infirmières contient tout autant une dimension matérielle et technique qu'une dimension interactionnelle. Cependant, ces deux éléments ne suffisent pas à eux seuls à restituer l'ensemble des dimensions du travail infirmier auquel les futures infirmières sont préparées.

À la technicité qui occupe une place non négligeable à côté du *care* dans le travail que les futures infirmières expérimentent, s'ajoutent des activités scientifiques.

IV. 3 Une culture scientifique mobilisée

La réalisation des activités incombant aux infirmières aujourd'hui confronte les étudiantes à un ensemble de savoirs issus de la culture scientifique, ici entendues autant au sens de connaissances que de savoir-faire et de savoir-être.

IV.3. a Au travers de calculs et de conversions

Les situations de soins conduisent les futures infirmières à manipuler calculs et conversions, des outils couramment mobilisés dans les sciences. Lors de différentes activités, notamment le calcul de doses, la préparation de gouttes ou de l'insuline, les étudiantes en soins infirmiers effectuent des opérations :

12h22 : Charlotte [l'infirmière] et Samantha vont changer la perfusion. Samantha propose de prendre une tubulure. Charlotte dit qu'il n'y en a pas besoin. Elles vont toutes les deux dans la chambre. Charlotte lui décrit quoi faire [...] « *Allume ta machine, bouton blanc, tu cliques sur le carré vert, tu entres ton volume, tu recliques sur volume et tu vas sur temps et tu règles.* » Samantha hésite. Charlotte lui demande ce qui figurait sur la prescription. Samantha répond qu'il était indiqué 1,5L sur 24h. Charlotte lui demande combien est déjà passé. Samantha regarde la perfusion et lit 0,5L sur 6h. Elle cherche combien il faut mettre. Elle réfléchit : « 24-6 ». Elle se trompe. Charlotte lui donne la solution [...] Quand elles sortent de la chambre, Samantha me fait une grimace et me dit : « *Moi et les calculs de tête ! J'ai besoin d'un papier et d'un crayon.* »

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service de gériatrie, le 11/12/17)

Les professionnelles veillent fréquemment à la bonne acquisition de ces savoirs calculatoires. Elles demandent aux étudiantes de réaliser l'opération à voix haute et posent aux étudiantes des situations problèmes qui les obligent à avoir recours à ces techniques. La fréquence de ces interrogations et le temps long d'explications qui s'en suit attestent de l'importance de la maîtrise de ce type de compétences par les stagiaires.

IV.3.b Par la compréhension des soins

En outre, les étudiantes ne doivent pas seulement attester qu'elles savent réaliser le soin de la bonne manière, elles doivent aussi montrer qu'elles comprennent les gestes et les différentes opérations effectuées.

Serge pique. L'infirmière fait un geste de surprise. À la fin, en dehors de la chambre, elle lui demande pourquoi il a enlevé le garrot avant la fin de la prise de sang. Il lui explique que c'est pour ne pas casser les globules. L'infirmière lui dit que c'est plus vrai pour le potassium, mais que pour les autres prises de sang, il n'a pas besoin de le faire.

(Observation du premier stage de Serge en SSR, le 1/12/17)

Régulièrement au cours de leur stage, comme ici, les stagiaires sont questionnées pour tester leurs connaissances sur les causes des différentes règles techniques appliquées. Dans cette

perspective, les étudiantes remobilisent leurs cours dispensés en IFSI, notamment ceux de biologie ou de pharmacologie.

Les temps de distribution des médicaments sont aussi l'occasion de procéder à de telles réflexions. Plus que la simple délivrance d'un traitement, cette activité suppose la vérification du dosage, la compréhension des conséquences du traitement et la connaissance des éventuels effets secondaires, le tout dans l'optique de pouvoir ensuite mettre en œuvre une surveillance ajustée.

Les stagiaires (ré)apprennent ainsi à donner du sens spontanément à ce qui leur est demandé dans la prescription. C'est précisément tout l'enjeu du questionnement de cette infirmière qui suit un étudiant de première année :

Elle lui demande pourquoi il faut vérifier les plaquettes. Serge explique que c'est à cause de l'injection de Lovenox.

(Observation, premier stage de Serge, EHPAD, le 14/06/18)

Les professionnelles s'assurent ainsi régulièrement que les étudiantes ont bien compris les raisons des soins et surveillances à réaliser, ici d'un contrôle sanguin. Une telle précaution est plus explicite encore dans ces autres situations :

L'infirmier lui demande s'il a eu les cours sur les antalgiques. Serge lui répond qu'ils ont juste vu les paliers. Il lui demande de rappeler les trois paliers. Serge répond que le palier 1 c'est le paracétamol, le deuxième le paracétamol et la codéine, et le troisième : les morphiniques. L'infirmier valide. Il lui demande ce qu'il surveille en cas de prescription Aranesp. Serge dit qu'il ne sait pas ce que c'est. L'infirmier lui explique que ça permet de stimuler la production de globules rouges et qu'il faut surveiller dans ce cas l'hémoglobine.

(Observation, stage de Serge, EHPAD, le 14/06/18)

Elle lui demande ensuite si elle connaît les signes de l'hyperglycémie. Maïna dit que non. Claire [l'infirmière] dit qu'il faut les connaître et lui donne

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Les infirmières évaluent la connaissance des traitements pour préparer les étudiantes à mener une surveillance appropriée : ici la surveillance d'antalgiques et de la glycémie.

IV.3.c Au cœur des surveillances

Comme le laisse entrevoir cette autre situation, une telle connaissance des traitements permet d'assurer qu'elles pourront porter un regard critique sur les prescriptions et sur l'état de santé du patient pour agir ou demander au médecin d'agir à son tour.

16h22 : Flavia va noter les valeurs des constantes sur l'ordinateur. Elle se rend compte qu'une des valeurs est basse. [...] Elle prévient l'infirmière pour la tension, et pose une question sur les médicaments, car elle voit qu'il n'y en a pas assez sur une des prescriptions. Flavia demande si on fait quelque chose pour la tension qui est trop basse. L'infirmière lui répond que non, car ce n'est

pas inquiétant. Flavia va ensuite voir le médecin pour les prescriptions du Gardéna. Ce dernier lui demande si elle veut la prescription tout de suite, Flavia approuve. L'infirmière lui conseille ensuite de voir avec la pharmacie ou la neurologie pour trouver le bon dosage.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 7/05/18)

Flavia, étudiante en troisième année, porte un regard critique sur la tension du patient, mais aussi sur la prescription médicale. Les futures infirmières doivent comme cette dernière apprendre à analyser les données en leur possession à l'aune de leurs connaissances pour agir ensuite : sollicitation du médecin pour augmenter les doses, adaptation du dosage du traitement en fonction du protocole, etc. Face à de telles situations, les stagiaires sont ainsi amenées à mettre en œuvre des compétences et des connaissances propres à la culture scientifique qui sont de l'ordre de la démarche de recherche.

Ces constats viennent cette fois compléter l'analyse de M. Cartier et M-H. Lechien (2012). Non seulement le travail des infirmières contient une dimension matérielle, technique et interactionnelle, mais cette activité professionnelle suppose également la mise en œuvre de compétences liées à la culture technique. Il semble donc que ce ne soit pas uniquement l'usage de la culture technique qui est invisibilisé dans le travail des femmes, mais aussi la culture scientifique. Ces constats révèlent par ailleurs que les compétences transmises dans les instituts de formation ne se révèlent pas si déconnectées de ce qui se passe dans la formation clinique.

D'ailleurs, les observations des stages permettent même d'apporter un éclairage nouveau sur le fonctionnement des instituts de formation identifié dans la première partie. Au sein des IFSI, nous l'avons vu les étudiantes sont fortement encadrées (*cf.* Chapitre I). Elles sont soumises à de nombreuses procédures les conduisant à garder une trace que ce soit de leur présence, de leurs activités ou de leurs ressentis... Un tel cadre et une telle prégnance de l'écrit ne sont pas sans rappeler un des rôles qui leur est également imparti en stage : le travail administratif.

IV.4 Une activité largement bureaucratisée

Lors des stages, les futures infirmières prennent en effet conscience qu'une part importante de l'activité professionnelle est consacrée à la gestion et à la rédaction de documents.

IV.4.a L'administratif, part conséquente du travail infirmier

Les étudiantes sont aujourd'hui largement confrontées à ce type de tâches au cours de leurs stages :

Séverine [l'infirmière] s'adresse à Camille en lui faisant remarquer que l'après-midi est essentiellement consacrée à de la « paperasse », des réponses au téléphone et de la gestion des problèmes qui surviennent. L'aide-soignante complète en soulignant que parfois, ils ne font que ça.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 23/11/17)

Comme l'explique cette infirmière à sa stagiaire, certains moments de la journée y sont même parfois quasi uniquement consacrés. Les infirmières doivent sans cesse compléter des documents écrits ou restituer à l'oral leurs actions et les données sur le patient.

L'analyse des emplois du temps permet de constater que le travail administratif constitue une des parts les plus importantes du travail des stagiaires, notamment pour les troisièmes années (cf. Tableau 29, p. 253). Pour trois des quatre étudiantes en début de cursus¹⁴⁶, ce type d'activités représente de 15 à 20 % de leur journée. Ce poids double au cours du cursus. Il représente entre 35 et 40 % du quotidien de Flavia et Alison, deux étudiantes en stage préprofessionnel, soit juste un peu moins que le travail auprès du patient qui compte lui pour respectivement 42 % et 45 % de leur journée.

Cette augmentation progressive tout au long de la formation laisse supposer que l'administratif est une des composantes majeures du travail infirmier que les étudiantes doivent intégrer. Dès lors, il découle logiquement que les dispositions associées à ce type de tâches sont tout aussi essentielles au devenir professionnel que celles permettant le *care*, un constat déjà formulé par d'autres chercheurs et chercheuses (Acker, 2005 ; Hibou, 2012 ; Lapointe et al., 2000). On peut citer notamment le travail de B. Hibou (2012) qui aboutit à des conclusions

¹⁴⁶ Le temps plus important que consacre Samantha à cette dimension du travail infirmier est étroitement lié à sa situation de stage. Nous l'avons évoqué, cette dernière met en place une stratégie de repli sur les tâches administratives au cours de son stage pour éviter d'être confrontée à l'infirmière qui la suit.

similaires à partir de la description d'une journée de travail d'une infirmière hospitalière dans un service de chirurgie ambulatoire. Cette chercheuse met en évidence la forte bureaucratisation actuelle de l'activité d'infirmière en montrant comment celle-ci est confrontée, en plus de son rôle de prise en charge du patient, à de multiples tâches administratives : remplissage d'une fiche d'identification avec les données sur la situation des patients, prise de notes des antécédents médicaux, gestion de la fiche d'autorisation de sortie, recensement des données cliniques du patient sur une fiche prévue à cet effet, traçabilité des actes effectués sur le patient, feuille de sortie... « *Au final, Alice [l'infirmière dont B. Hibou décrit la journée] aura passé plus d'un tiers de sa journée de travail à le documenter, à fournir des informations, à écrire et à noircir du papier, à cocher et intégrer des données.* » (Hibou, 2012, p. 9). Une telle prégnance est à mettre en lien avec les réformes managériales récentes qui ont touché les services de santé. Ces dernières ont accru l'implication des professionnelles dans la gestion et ont introduit de nouveaux outils de gestion au sein du monde de la santé nécessitant une traçabilité de plus en plus importante.

IV.4.b Le millefeuille administratif

Plusieurs tâches génèrent la production d'une traçabilité : soins techniques, mais aussi surveillances ou entretiens. Celle-ci sert plusieurs perspectives : indiquer des éléments précis destinés à l'analyse ultérieure, mais aussi consigner des résultats et garder une trace des actions effectuées.

Certaines démarches font en effet l'objet d'un écrit papier pour accompagner les soins effectués. Les prélèvements sanguins doivent par exemple être délivrés au laboratoire avec une fiche de renseignements.

7h50 : Il faut maintenant que Camille prépare la pochette d'analyse : c'est-à-dire qu'elle doit remplir une feuille et mettre le tube dans une pochette prévue à cet effet. Camille ne l'a jamais fait. Elle ne comprend pas comment mettre le tube dans la pochette. Elle s'agace de ne pas y arriver. La pochette est composée de deux poches, l'une qui ferme dans laquelle doit être mis le tube et une autre à l'arrière qui sert à déposer le papier, mais Camille ne le sait pas. Je regarde avec elle, car elle est en difficulté. On finit par penser comprendre le fonctionnement alors que nous n'avons même pas saisi qu'il y avait deux pochettes. Camille glisse donc le tube dans l'une des pochettes et la ferme. Mais une fois fait, elle se rend compte que le tube glisse hors de la pochette... [...] 8h : Lisa [l'infirmière] vérifie qu'elle a bien préparé la pochette de la prise de sang. Elle corrige ce que vient de faire Camille et lui montre comment faire. Elle lui demande ensuite si elle a rempli le registre des soins. Camille ne l'a pas fait, elle va donc le faire.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 21/11/17)

Les infirmières notent l'identité du patient, le service dans lequel il se trouve, mais aussi les détails de l'analyse demandée dans chaque tube prélevé en reprenant les indications notées sur

la prescription (*cf.* Annexe 7, p. 547). En plus de devoir annoter ainsi un document, les infirmières sont chargées de son envoi.

Samantha va remplir la feuille à la suite de sa prise de sang. Charlotte [l'infirmière] la regarde. En sortant de la chambre, elle demande à Samantha d'aller envoyer les bilans. Samantha ne l'a jamais fait. Elle se rend dans la salle des soignants et soignantes où elle demande à une autre infirmière comment faire pour envoyer les bilans.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service gériatrie, le 11/12/17)

Les stagiaires sont souvent sommées de transmettre les prélèvements au laboratoire soit en les mettant dans un système de tubes destinés à l'envoi en interne des prélèvements, soit en allant déposer les prélèvements en question dans un lieu prévu à cet effet.

Ces tâches ne constituent qu'une des nombreuses traces que doivent apprendre à réaliser les futures infirmières. En effet, une autre part importante de leur rôle administratif est consacrée à la consignation des informations recueillies auprès des patients. La surveillance des constantes et le recueil d'informations lors des discussions avec le patient sont autant de situations qui débouchent sur des écrits et des synthèses orales. La tournée de surveillance au cours de laquelle les infirmières vérifient les constantes des patients est par exemple immédiatement suivie d'une prise de notes.

15h07 : Flavia va voir dans la chambre 3. Elle demande à la patiente comment elle va tout en prenant les constantes, puis l'interroge pour savoir si elle a des douleurs. Elle écoute la patiente. Pendant ce temps, elle remarque qu'elle a un pansement, le regarde, puis sort de la chambre pour noter les constantes sur l'ordinateur.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 7/05/18)

Une fois le patient vu dans la chambre, les étudiantes saisissent sur l'ordinateur les données recueillies dans le couloir (*cf.* Annexe 8, p. 549). Elles complètent ainsi un tableau destiné à consigner des informations sur la mobilité du patient et sa position, ainsi que sur son hygiène, son alimentation et son hydratation, autant d'éléments qui serviront ensuite au suivi médical et paramédical ainsi qu'à la mise en place des soins.

20h50 : Alison va noter les données qu'elle a recueillies sur l'ordinateur dans le couloir. Elle me confie : « *j'ai l'impression de ne pas avancer.* » Alison retourne dans la chambre prendre la tension et la glycémie, note sur une feuille les chiffres, puis vérifie la sonde. 20h56 : Elle va renoter ces informations sur l'ordinateur dans le couloir.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service unité de surveillance continue, le 11/06/18)

Comme l'exprime cette étudiante, cette prise de note prend du temps et est contraignante puisque les infirmières ne peuvent entrer le chariot sur lequel est l'ordinateur dans les chambres pour des raisons d'hygiène.

Au-delà de ce recueil d'informations sur l'état de santé du patient, elles ont à consigner les informations générales sur le patient et sur sa situation.

19h : Serge va préparer les feuilles de bilan. L'infirmière lui dit que sa collègue de demain vérifiera qu'il les a bien faites. Elle lui dit qu'il faut ensuite qu'il prépare le retour d'une patiente et la déclaration de chute. Serge demande s'il a oublié quelque chose. Elle lui fait remarquer qu'il n'a pas noté le traitement.

(Observation, stage de Serge, EHPAD, le 14/06/18)

Les infirmières doivent remplir le dossier du patient, notamment tout ce qui concerne ses informations personnelles (macrocible), ses déplacements (fiche de retour, entrée du patient, programme de soins, entrée et sortie de bloc, bon de brancardage...) ou des événements exceptionnels (déclaration de chute, etc.)

Outre cette traçabilité des patients suivis, les documents qu'elles renseignent sont destinés à informer sur le suivi du patient, les infirmières ont à remplir des documents pour garder une mémoire de leurs actions (*cf.* Annexe 8, p. 549). Une fois qu'un traitement ou un soin a été effectué, les infirmières sont tenues de le valider informatiquement.

10h53 : Alexis va faire ses transmissions sur l'ordinateur pendant que Virginie fait son soin à une autre patiente. Il valide les soins qu'il a effectués jusqu'à maintenant.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis en FAM, le 25/05/18)

Si elles ne le font pas, elles se voient rappeler à l'ordre par les infirmières qui veillent à la mise en œuvre de cette traçabilité.

L'infirmière fait remarquer à Flavia qu'elle n'a pas validé toutes ses glycémies sur l'ordinateur.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia en médecine polyvalente, le 8/05/18)

Cette étudiante de troisième année se voit par exemple réprimander parce qu'elle n'a pas validé les soins de glycémies sur l'ordinateur alors qu'elle les a pourtant bien effectués. Un autre jour, une autre infirmière lui signale que la traçabilité de l'état de santé doit être constante au cours de la journée et qu'elle ne peut la concentrer à la fin de son service comme elle le prévoit. Ces différentes remarques laissent entrevoir que les infirmières en poste apprennent à leur stagiaire à accorder de l'importance au remplissage de tels documents informatiques.

Si comme le laissent entrevoir ces situations, le plus souvent, les infirmières consignent sous forme écrite ces différents éléments, elles sont conduites à revenir dessus lors des temps d'échanges entre professionnels du soin, notamment lors des temps formels de

« transmissions »¹⁴⁷, de « visites » et « contre-visites »¹⁴⁸, ou encore de « synthèses »¹⁴⁹. Lors de ces temps de travail, elles font un bilan de l'état de santé du patient, mais aussi des soins effectués et de l'évolution de la situation. Elles peuvent aussi être amenées à communiquer des informations sur le parcours de soin du patient et sur la maladie. Elle s'appuie le plus souvent sur leurs écrits pour proposer ces synthèses.

Le suivi effectué par les infirmières prend ainsi diverses formes et se fait par différents biais (écriture manuscrite, tapuscrite, mais aussi orale) ce qui engage différents types de compétences.

IV.4.c Synthétiser et transcrire, deux compétences essentielles

Ces rapports écrits sont en effet fortement formalisés. Ils doivent contenir des éléments précis qui ne vont pas de soi. Samantha hésite dans la situation précitée sur les éléments à prendre en notes. Il en va de même au moment des temps d'échanges oraux avec les professionnels.

20h45 : L'infirmière qui va prendre son service arrive. Tiffany [l'infirmière qui accompagnait Flavia] dit que c'est Flavia qui va faire les transmissions. Au début, Flavia est hésitante. Elle a du mal à savoir quoi dire. Elle finit par donner les raisons et les causes de l'entrée de la patiente. Elle ne trouve pas ses mots. L'infirmière l'interrompt pour rappeler que cette dernière est passée par deux autres services avant d'arriver ici. Elle signale à Flavia qu'elle n'a pas assez repris l'historique. Pour la deuxième patiente, Flavia est un peu plus fluide. L'infirmière complète tout de même certains éléments qu'elle a oubliés : l'œil au beurre noir, le fait qu'elle n'ait pas été sondée... Troisième patient, la transmission est encore un peu plus précise. L'infirmière complète tout de même ces données sur le devenir et la pathologie diabétique qui n'ont pas été évoquées par Flavia.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia en médecine polyvalente, le 7/05/18)

Les étudiantes qui se sont vu confier cette tâche ont souvent oublié de communiquer une information pertinente et elles ont fréquemment été décontenancées face à l'exercice, ne sachant pas quoi dire. Un tel comportement permet de comprendre que, ce qui semble fluide et

¹⁴⁷ Temps d'échanges entre infirmières et parfois aides-soignantes (en fonction des services) qui permettent au début et à la fin du service de passer le relai à une nouvelle équipe. Ces temps sont l'occasion de revenir sur des informations permettant d'assurer la continuité des soins (présentation du patient, de sa pathologie ...) ainsi que d'élaborer et de mettre en commun les démarches de soin. Elles sont l'occasion de verbaliser les actions passées, de construire une cohérence de service et de transférer certaines responsabilités (téléphone, clés, etc.). Elles viennent s'ajouter à des transmissions écrites. Les infirmières qui étaient en service présentent à celles qui vont prendre leurs fonctions, les patients un à un.

¹⁴⁸ Temps d'échange entre les infirmières et les médecins autour des patients pris en charge. Ce temps est distinct des transmissions et a lieu au cours de la journée des infirmières.

¹⁴⁹ Temps de concertation entre l'ensemble de l'équipe soignante.

évident quand on entend les infirmières en poste, est en fait un exercice codifié qui nécessite d'avoir à l'esprit les informations nécessaires pour les autres professionnels.

Ces tâches impliquent donc d'avoir identifié les éléments importants pour chaque professionnel. En outre, elles font appel à des capacités de synthèse puisqu'il s'agit de donner les informations pertinentes sur un temps court.

Les démarches écrites demandent également une certaine connaissance du fonctionnement administratif et informatique. Ces éléments font d'ailleurs l'objet d'un apprentissage à part entière :

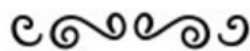
12h01 : L'infirmière lui montre ensuite comment valider un soin. [...]16h15 : Retour dans la salle de soins. Une des infirmières lui montre le fonctionnement du planning, des autorisations de sortie, le fonctionnement des classeurs individuels.

(Observation, premier stage de Camille, psychiatrie, le 28/05/18)

Samantha propose que Mylène, l'étudiante de deuxième année qui prend son service cet après-midi et qui est déjà arrivée, l'aide à faire la macrocible. Mylène lui montre sur l'ordinateur où trouver ce document et l'aide à remplir une partie des informations. Elle demande conseil à une infirmière pour savoir si c'était nécessaire de tout remplir quand il y a un simple retour à domicile. Elle lui répond que non. Samantha retourne voir Charlotte [l'infirmière], car il lui manque des éléments.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service gériatrie, le 11/12/17)

Les étudiantes se font ainsi aider par les professionnelles ou par des étudiantes plus avancées dans la formation pour s'approprier les logiciels et les informations à transcrire. La formation clinique est ainsi l'occasion de mettre en œuvre des dispositions orales et rédactionnelles déjà cultivées au sein des instituts de formation.



L'ensemble de ces éléments vient donc nuancer l'idée d'un hiatus entre instituts de formation et stages dans le monde professionnel concernant le type de savoirs transmis et les dispositions associées qui sont mobilisées.

L'activité professionnelle à laquelle les futures infirmières sont formées en stage est en effet très diverse. Les savoirs nécessaires à l'exercice de cette fonction sont multiples, hétérogènes et proviennent de sources variées. L'accompagnement des patients et la médiation continuent de tenir une place non négligeable à l'instar de ce qui se passe dans d'autres

professions féminisées de soins et d'aides à la personne (Olivier, 2018 ; Skeggs, 2014). Néanmoins, ils sont loin d'occuper une place majoritaire dans le quotidien des infirmières et de leurs stagiaires. Le *care* est un attribut revendiqué par les infirmières davantage que la dimension unique de leur activité professionnelle. Les infirmières sont en plus amenées à gérer de nombreux documents administratifs, à réaliser des soins techniques, mais aussi à faire des synthèses, ou à évaluer des symptômes. Elles mobilisent ainsi dans leur activité un certain nombre de dispositions liées à la culture scientifique et technique, mais aussi à l'écrit et à l'administratif. Le travail qu'elles doivent mener se caractérise par une polyactivité et une forte composante relationnelle. Cette réalité du travail porte la trace des évolutions récentes du monde de la santé : l'introduction d'une logique néolibérale dans le monde de la santé a en effet conduit les professionnels de santé à être de plus en plus soumis à une pression temporelle (Cordier, 2009 ; Domin, 2015) qui les contraint à réduire le temps de mise en œuvre du prendre soin et des interactions (Acker, 2005), et ce d'autant plus que les réformes récentes de la santé se sont aussi accompagnées d'une bureaucratisation accrue.

Aujourd'hui, les étudiantes qui se forment à cet exercice professionnel sont donc conduites en stage à (ré)activer un certain nombre de dispositions déjà cultivées dans les instituts de formation en soins infirmiers. Loin d'être totalement antagonistes, les socialisations générées dans les deux espaces de formation semblent au contraire en partie coïncider. L'ensemble de la formation à laquelle sont confrontées les étudiantes est bien loin de les enfermer dans la production de dispositions supposées féminines comme le suggère encore souvent l'imaginaire collectif et comme le laissent entendre certaines études autour de cette activité professionnelle.

Néanmoins, l'analyse des tensions entre les deux espaces de formations demeure incomplète. Un des enjeux des IFSI est en effet de libérer les infirmières de la domination médicale et de les sortir de leur statut de simples exécutantes du médecin qui les renvoie, selon les formatrices de l'IFSI enquêtée, à une vision passée de leur activité (*cf.* Chapitre III). Est-ce aussi le cas en stages ? La formation clinique véhicule-t-elle la défense de ce positionnement vis-à-vis des médecins ?

Chapitre V

De l'infirmière exécutante à l'infirmière discrétionnaire

L'analyse précédente a permis de nuancer l'idée d'un hiatus entre instituts de formation et stages dans le monde professionnel concernant le type de savoirs transmis et les dispositions associées, montrant que cette formation est un lieu de mise en œuvre d'une poly-activité avec une forte composante interactionnelle.

Il reste alors à explorer la question de l'autonomie des infirmières sur le terrain pour répondre pleinement à la question de l'uniformité de la transmission au sein des deux espaces de la formation infirmière.

Nous l'avons vu tout au long de la première partie, un des enjeux centraux de la formation est que les infirmières se libèrent de la domination médicale et qu'elle ne soit plus de simples exécutantes des médecins. Ce positionnement renvoie aux yeux des formatrices à une vision passée de l'activité infirmière dont les futures infirmières doivent se détacher. Dans cette perspective, au sein de l'institut de formation, l'autonomie et la responsabilisation sont fortement cultivées.

Est-ce également le cas sur les lieux de stage ? Les futures infirmières sont-elles incitées à ne plus investir ce positionnement d'exécutante ou au contraire sont-elles cantonnées aux soins prescrits par les médecins, restreintes à n'agir que sous couvert de leurs décisions ?

C'est sur cette question du positionnement que se propose de revenir le présent chapitre. Tout l'enjeu étant de cerner quelle place est impartie aux futures infirmières dans le monde de la santé aujourd'hui, complétant ainsi un certain nombre de travaux de sociologie de l'éducation qui montrent comment les institutions d'enseignement professionnalisantes contribuent à faire prendre une certaine place aux femmes dans l'espace social (Depoilly, 2018 ; Palheta, 2012a).

En adéquation avec les constats établis dans le précédent chapitre, les observations révèlent que les futures infirmières sont aujourd'hui amenées à gérer leur travail et celui de certaines soignantes, mais aussi à assurer leur propre diagnostic, suggérant ainsi que les

étudiantes sont conduites à endosser un rôle proche de celui que décrit L. Lanoë (2020) au sujet des ingénieurs et ingénieures (I). Néanmoins, à l'instar de ce qui se produit au sein de l'IFSI, l'autonomie qu'elles investissent est largement surveillée (II) et leur implication contrainte (III). C'est donc à un positionnement au sein de la classe moyenne salariée qu'elles sont préparées (Benguigui, 1990 ; Bidou, 1984 ; Bidou et al., 1985 ; Bidou-Zachariasen et al., 1983 ; Bouffartigue, 2000 ; Lechien, 2013) plutôt qu'à celui d'une fraction dominée des classes supérieures (Bourdieu, 1979 ; Cousin & Mispelblom Beyer, 2011 ; Lanoë, 2020) ou des travailleuses subalternes de classes populaires (Siblot et al., 2015).

V.1 Une ingénierisation du travail infirmier

Pour saisir cette réalité, la suite du développement se concentre sur le pouvoir d'action des infirmières tel qu'il est transmis et présenté aux étudiantes lors des stages, autrement dit sur la question de l'autonomie puisque cette disposition peut se définir comme l'absence de dispositifs de décisions hétéronomes (Friedmann, 1964), la capacité d'affirmation de ses choix (Crozier, 1963), le contrôle des processus d'action et d'interactions (Reynaud, 1989), en d'autres termes comme un degré important de marges de manœuvre dans le travail (Dubois et al., 1976 ; Rouvery & Tripier, 1973) et un pouvoir de modifier les normes du travail (De Terssac & Maggi, 1996 ; Maggi, 2003). D'après nos observations, comme dans la formation en institut, les étudiantes sont confrontées en stage à une certaine situation d'autonomie.

V.1.a Des stagiaires confrontées au pouvoir d'agir

L'introduction de cette partie a permis de rendre compte du fonctionnement des stages et plus particulièrement du fort encadrement prévu par le référentiel lors de ces temps de formation. Chaque jour, les étudiantes sont amenées à suivre une infirmière qui a le rôle de « professionnelle de proximité ». Cette dernière assure, selon le référentiel, la « fonction d'encadrement pédagogique au quotidien ». Elle doit à ce titre être « présente avec l'étudiant[e] lors des séances de travail », guider de « façon proximale » l'étudiante, lui « expliquer ces actions » et « nommer les savoirs utilisés »¹⁵⁰. Un tel cadre suggère que les étudiantes sont largement accompagnées et aiguillées au cours de leur stage. Si les observations en stage confirment ce cadre, elles montrent aussi que l'apprentissage des stagiaires n'est pas aussi guidé que le laisse supposer *a priori* une telle organisation. Dans tous les stages observés, les étudiantes se sont trouvées, à certains moments de la journée, seules.

Les infirmières laissent volontairement les futures étudiantes dans une certaine position d'autonomie. Une fois qu'elles se sont assurées que les étudiantes savent réaliser le soin, il est fréquent que les professionnelles envoient les stagiaires le réaliser sans leur surveillance directe, comme dans cette situation :

7h38 : L'infirmière arrive. Elle envoie Maïna en autonomie faire la tournée de l'insuline.
7h50 : Maïna revient dans la salle de soins. Elles partent faire la tournée des médicaments ensemble. [...] L'infirmière donne un médicament à aller donner à une patiente, elle lui explique avant ce que c'est et à quoi il sert puis la laisse aller l'administrer. Maïna se rend dans la chambre de la patiente en question seule. Elle met les gouttes dans son verre. La patiente lui signale que l'eau était sale, car elle s'en était servie pour se laver les mains.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/12/17)

¹⁵⁰ Berger-Levrault, 2015, p. 52.

Dans cet EHPAD, la tournée de prise de glycémie et de piqûres d'insuline, puis l'administration d'un traitement sont par exemple confiées à cette étudiante de première année. Contrairement à d'autres stagiaires comme les médecins (Bloy & Schweyer, 2010 ; Hardy-Dubernet, 2015), les étudiantes en soins infirmiers ne sont pas réduites uniquement à un rôle de « petite main » et d'exécutantes. Dès le début de leur formation, elles effectuent des tâches plus larges que l'accompagnement des infirmières de proximité.

Une telle réalité ne signifie pas que les professionnelles délèguent entièrement les tâches aux stagiaires sans vérifications. Au contraire, même quand les étudiantes semblent entièrement livrées à elles-mêmes, les professionnelles gardent un œil sur les étudiantes.

20h50 : Tournée des patients. Alison va noter les données qu'elle a recueillies sur l'ordinateur dans le couloir. [...] L'infirmier vient jeter un œil à ce qu'elle vient de faire. [...] 4h05 : Alison fait ses transmissions sur l'ordinateur. Elle surveille la saturation. L'infirmière regarde l'écran d'ordinateur sur lequel Alison est en train de noter.

(Observation nuit, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service unité de surveillance continue, le 3/05/19)

Les infirmières ne manquent par exemple pas de faire remarquer aux étudiantes qu'elles n'ont pas confirmé la réalisation des soins effectués sur l'ordinateur comme nous l'avons vu précédemment, ou leur demandent confirmation des actes mis en œuvre comme ici. Il s'agit d'une autonomie relative, nous reviendrons sur ce point dans les deux prochaines parties de ce chapitre.

Cependant, notons d'abord que ce type de situations est de plus en plus probable avec l'avancement dans le cursus. Les troisièmes années sont plus fréquemment que les premières années laissées dans cette position que ce soit lors des tournées, des transmissions ou des actes techniques :

19h47 : Alison se prépare à aller voir le patient de la chambre 2 qui a eu un traumatisme crânien après une chute de vélo. [...] 19h53 : Elle sort de la chambre et va prendre des notes sur l'ordinateur. L'infirmière n'est pas du tout avec elle.

(Observation nuit, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service d'unité de surveillance continue, le 3/05/19)

Flavia continue sa tournée seule. Dans la chambre de la patiente suivante, elle repositionne cette dernière, prend sa tension et demande si elle a besoin d'eau et si elle est confortable. [...] L'infirmière me confie dans une discussion informelle qu'elle ne laisse pas autant de liberté à toutes les troisièmes années, mais qu'avec Flavia ça se passe bien.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 8/05/18)

Comme en témoigne le discours de cette infirmière, il semble que le degré de maîtrise de leur future activité professionnelle soit déterminant dans la « liberté » d'action et d'autonomie accordée aux étudiantes. Plus ces dernières font preuve de leurs capacités à bien réaliser les tâches qu'elles doivent accomplir, plus elles sont invitées à mettre en œuvre leur pratique de manière autonome. Comme dans d'autres formations professionnelles (Moreau, 2016), les

stagiaires sont ainsi progressivement amenées à faire les tâches par elles-mêmes. Cette progressivité confirme que l'autonomie n'advient pas à n'importe quel moment : il s'agit du paroxysme de l'apprentissage des savoirs professionnels. À ce titre, l'autonomie est explicitement cultivée et valorisée par les infirmières sur le terrain et, notamment, dans les bilans de stage.

Cependant, cette disposition n'est pas cultivée uniquement dans le cadre de pratiques éducatives conscientes et explicites, elle l'est aussi parfois plus pratiquement, sans orientation pédagogique affichée de la part des professionnelles. À de nombreuses reprises lors des stages observés, les étudiantes se sont trouvées non guidées. Elles ont dû faire face à des moments d'incertitude sur le rôle et les tâches à accomplir. Cette étudiante en stage dans un service de chirurgie est par exemple livrée à elle-même pendant plus de trente minutes sans indications.

Camille est laissée seule, personne ne lui dit quoi faire. Elle m'explique que ç'a été également comme ça en début de semaine dernière.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

Ce n'est qu'au bout de plus d'une demi-heure d'attente et de tergiversations que Camille voit une infirmière lui proposer d'aller refaire un lit. Les étudiantes, notamment celles de première année, sont ainsi souvent confrontées à des moments où elles ne savent pas quoi faire. Elles attendent d'être encadrées par l'infirmière suivie sur les tâches à accomplir.

Une telle situation peut être en partie imputée au contexte d'urgence temporelle qui s'impose aux infirmières en poste (Acker, 2005 ; Cordier, 2009 ; Domin, 2015)

« En chirurgie, faut aller vite et on n'a pas forcément le temps de vous montrer. »

(Propos tenus par une infirmière lors du stage de Camille à l'hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

Comme l'explique cette soignante, elles sont prises par le temps et ne peuvent se permettre de tout expliquer aux stagiaires qu'elles accueillent, et ce d'autant plus que comme le soulignent plusieurs études (Belorgey, 2010 ; Divay, 2013) et comme l'a montré l'entretien avec la cadre de santé, le manque de personnels et de professionnelles ainsi que les problèmes de remplacements sont une réalité quotidienne.

Cependant, cette réalité est également étroitement liée à la position de stagiaire comme le suggère cet étudiant lors d'un entretien à la suite de son premier stage en psychiatrie :

« La position de stagiaire, c'est souvent la même chose, tu vois. Tu sais pas trop où te foutre. Les professionnels, ils vont pas non plus s'arrêter de vivre pour toi, donc euh... ils continuent leur quotidien un peu de boulot. »

(Entretien avec Enrick le 17/01/18, éducateur spécialisé, 2^e année, 37 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

Cet étudiant première année, ancien éducateur spécialisé, fait un lien avec ce qu'il a vécu par le passé dans sa formation au travail social qu'il exerçait auparavant. Il déclare s'être trouvé dans une situation similaire. Les travaux de G. Moreau (2003) sur les apprentis confirment ce point. Il montre comment les savoirs s'acquièrent de manière autonome. Enrick suggère que les stagiaires en soins infirmiers ne dérogent pas à cette règle. Les étudiantes ressentent un sentiment d'isolement et de figuration ainsi que des difficultés de positionnement. Elles évoquent souvent un sentiment d'inconfort généré par leur position de stagiaire :

Camille dit que ce n'est pas facile, qu'elle a parfois l'impression de ne rien faire.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

Livrées à elles-mêmes, elles sont confrontées à leur incapacité à se débrouiller seules :

11h08 : Elle retourne dans la salle de soins. Camille ne sait pas quoi faire. Les deux infirmières ne s'occupent pas d'elle. Elle décide alors de regarder un des classeurs qui traîne sur la table. Elle me fait part de ses inquiétudes : *« je sais que j'ai le droit de regarder les papiers, mais j'ai toujours peur de passer pour l'étudiant fainéant. »*

(Observation, premier stage de Camille, psychiatrie, le 28/05/18)

Lors de ces deux stages dans deux services différents, Camille, alors étudiante en première année, se sent par exemple dans l'inaction. Comme elle, de nombreuses étudiantes m'ont fait part de cette impression d'inutilité et d'incompétence étroitement liée au fait qu'elles ne peuvent pas s'adonner en tant que stagiaires aux différentes tâches sans demander de l'aide ou sans craindre de faire des choses qu'elles ne sont pas censées faire.

Enfin, une telle réalité dépend étroitement aussi des professionnelles suivies d'après les propos d'Enrick :

« Ils t'intègrent plus ou moins bien, ça dépend des professionnels. [...] J'avais trois référents de proximité. [...] une personne qui m'a accompagnée vraiment, qui était vraiment avec moi dans le quotidien et tout ça, avec qui on pouvait échanger, qui m'a vu aussi. L'autre professionnelle [...] m'accompagnait pas forcément, enfin voilà. »

(Entretien avec Enrick le 17/01/18, 2^e année, éducateur spécialisé, 37 ans,
mère : secrétaire, père : chauffeur)

Confirmant cette idée, les observations montrent que certaines infirmières tendent plus que d'autres à encadrer explicitement les stagiaires. Quelques-unes à l'inverse vont jusqu'à entraver la présence des étudiantes à leurs côtés. Le stage de Samantha est particulièrement révélateur de ce point. L'infirmière met tout en œuvre pour que l'étudiante ne la suive pas.

Samantha demande si elle peut préparer la prise de sang sur le chariot de l'infirmière. Celle-ci lui répond négativement en expliquant qu'elle préfère qu'elle ait son propre chariot. Samantha va voir dans la salle du matériel si un chariot est disponible, mais ce n'est pas le cas. [...] Samantha retourne ensuite auprès de l'infirmière, lui apporte un plateau propre qu'elle pose sur le chariot pour remplacer celui qu'elle avait utilisé. L'infirmière arrive par-derrière, jette le plateau que Samantha vient d'amener à l'étage inférieur dans un geste brusque. Samantha fait remarquer qu'il

était propre. Elle se contente d'un « *ah ok* ». Samantha me fait signe qu'elle ne va pas bien. [...] Samantha va vers l'infirmière pour lui demander comment commander les bas. Cette dernière ne lui répond pas, mais lui dit qu'elle va poser une sonde urinaire. Elle l'invite à venir voir si elle veut. Samantha approuve. L'infirmière lui dit qu'elle va faire un soin avant, mais ne propose cette fois pas à Samantha de la suivre. Celle-ci lui demande alors si elle a le temps d'aller faire la toilette de sa deuxième patiente pendant ce temps, mais l'infirmière se contente de lui dire qu'elle ne sait pas puis gagne la chambre d'un patient. [...] « *Quand c'est comme ça, je perds tous mes moyens.* » me confie Samantha. Son problème, selon elle, est qu'elle n'est pas autonome et qu'elle ne sait rien faire seule. [...] Elle est obligée de demander de l'aide pour tout. C'est une situation qu'elle trouve difficile à vivre. Les larmes lui viennent aux yeux pendant qu'elle me confie ça.

(Observation, premier stage de Samantha, en gériatrie, le 12/12/17)

Tout au long de la journée, la professionnelle l'envoie chercher du matériel pendant qu'elle fait des soins, omet la transmission d'indications temporelles qui pourraient permettre de la suivre et ne lui explique pas les démarches administratives. Cette infirmière utilise par ailleurs régulièrement son corps pour faire sentir à l'étudiante qu'elle la dérange. S'il est possible de penser que c'est moins l'étudiante que ma présence que l'infirmière fuit ainsi, les propos de Samantha suggèrent le contraire. Elle me confie en effet lors d'une discussion informelle qu'elle a été dans la même situation toute la semaine passée, même si elle reconnaît que c'est « sa pire journée », ce qui atteste tout de même que ma position d'observatrice¹⁵¹ n'a fait que renforcer cette situation.

Un regard extérieur permet de voir que ces situations sont éminemment socialisatrices pour les étudiantes. N'ayant aucune tâche précise imposée par les infirmières, les étudiantes vont à ces occasions mettre en œuvre leur autonomie. Loin de rester sans rien faire, elles vont s'emparer de ces moments pour prendre des initiatives, mais aussi pour cultiver leur capacité à s'adapter.

Les observations des stagiaires montrent que malgré leurs craintes et leurs savoirs limités, les étudiantes prennent des initiatives. Camille lors de ces temps d'anomie, s'adonne à différentes tâches dans l'attente de consignes et d'activités à réaliser clairement explicitées :

Une fois sa toilette terminée, Camille va dans la salle des soignants et des soignantes. Elle prend des notes sur les étapes de ce soin. Personne ne lui dit quoi faire ensuite. Elle va donc voir une aide-soignante pour vérifier qu'elle ne s'est pas trompée dans le déroulement consigné. Cette dernière valide. 11h09 : Camille retourne auprès de Lisa [l'infirmière] pour voir si elle peut regarder comment faire des transmissions. Lisa est sur l'ordinateur. Elle ne lui répond pas. Camille s'assoit à côté d'elle. Deux minutes plus tard, l'infirmière de l'autre secteur arrive et prend sa place devant l'ordinateur. Lisa s'adresse à Camille : « *Parlons peu, mais parlons bien parce que je ne sais pas trop d'avance* ». Finalement, elle ne dit rien de plus. Camille reste derrière et

¹⁵¹ Comme évoqué dans l'introduction de cette thèse, ma présence auprès des infirmières et des patients était largement à découvert. Je suivais les étudiantes avec un bloc note à la main afin de prendre des notes tout au long des observations. Une telle position d'observatrice a pu contribuer à rendre ma présence d'autant plus pesante pour les professionnelles qu'elles me voyaient constamment prendre des notes. La mise à distance de la stagiaire peut ainsi être lue comme un moyen de me tenir à distance puisque j'avais explicitement précisé que je m'intéressais au travail des stagiaires.

attend. Une petite demi-heure plus tard à 11h35, elle va jeter un œil au protocole des soins dans un classeur qui est dans la salle. Puis à 11h40, elle décide de répondre aux sonnettes et se rend auprès d'un patient.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

Cette étudiante de première année profite de ces moments pour se renseigner sur les étapes d'un soin, prendre connaissance des démarches administratives, mais aussi répondre aux patients qui appellent. Soucieuse d'apprendre et de profiter de son stage pour engranger des savoirs professionnels, elle se livre à diverses activités d'apprentissage. Loin d'être singulier, ce comportement a été relevé systématiquement lors des temps d'autonomie. Samantha, procède ici de façon similaire lorsque l'infirmière ne veut pas de sa présence :

12h07 : Devant l'ignorance dont fait preuve l'infirmière, Samantha décide de ne pas rester et va aider une aide-soignante à faire un lit. 12h10-12h23 : Elle va regarder le protocole. Elle me dit que c'est la pire journée de son stage « *Les autres fois, je sentais que je gêrais, mais les infirmières prenaient sur elles.* » 12h25 : Elle va installer sa patiente au fauteuil, change les draps et refait son lit.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service gériatrie, le 12/12/17)

Les étudiantes profitent donc généralement de ces temps pour se livrer en premier lieu à l'étude des dossiers des patients ainsi qu'à la recherche d'informations pour mieux comprendre les pathologies ou les traitements. En outre, comme le montrent les deux observations précédentes, ces temps sont aussi utilisés pour s'initier à des contacts avec les patients. Enrick le confirme d'ailleurs en entretien :

« Et puis, petit à petit, j'ai quand même réussi, à rentrer quand même, un petit peu dans le, ouais dans la fonction quoi. Aussi surtout à la rencontre des gens quoi. [...] »

– Et ils t'ont accompagné là, les professionnels pour prendre contact ou c'est toi, qui a essayé de...

– Non, non, non, je suis allé moi-même. »

(Entretien avec Enrick le 17/01/18, 2^e année, éducateur spécialisé, 37 ans,
mère : secrétaire, père : chauffeur,)

Le comportement qu'il décrit est exactement celui dont a fait preuve Camille lors de son propre stage en psychiatrie :

15h45 : Camille ne sait pas quoi faire. Elle en a marre. Elle finit par aller voir dans le couloir vers les chambres. Elle entre dans l'une d'elles pour discuter avec un des patients. [...] Elle est seule dans la chambre avec lui. Personne ne s'occupe d'elle. 16h15 : elle ressort puis va auprès de la stagiaire de deuxième année qui prépare le goûter. Camille ne l'a jamais fait. Elle observe.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie, le 29/05/18)

Enfin, ces temps sont l'occasion pour elles de se familiariser avec les logiciels ou les documents administratifs en essayant de s'appropriier l'outil seule ou avec l'aide de collègues. Cette autre situation survenue au cours du stage en psychiatrie de Camille le confirme :

11h28 : Camille me dit qu'elle aurait bien aimé faire un pansement. Elle va voir dans le couloir pour demander, mais l'infirmière est déjà dans une chambre. Du coup Camille retourne voir les dossiers. Elle demande si elle pourra aider à la préparation des médicaments. Camille pose ensuite des questions sur la manière de tracer les soins réalisés. L'infirmière lui explique le logiciel.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie, le 30/05/18)

Les temps « libres » sont donc aussi utilisés par les étudiantes pour apprendre à maîtriser la traçabilité des soins. Finalement, ces situations *a priori* dénuées d'apprentissages conduisent les étudiantes à s'investir de manière autonome dans différentes tâches qui incombent aux infirmières.

Cette mise en action qui vient des étudiantes se fait en partie sans concertation avec les professionnelles, mais comme l'illustre la dernière situation, cet esprit d'initiative est parfois aussi porté devant les infirmières. Camille n'hésite pas à demander à pouvoir préparer les médicaments. Ces moments anoniques se révèlent ainsi l'occasion pour les étudiantes de se montrer force de proposition auprès des professionnelles :

10h36 : Maïna retourne dans la salle de soins. Elle propose de préparer les gouttes. Les deux infirmières acquiescent. [...] Elle prélève avec une pipette les gouttes et place dans un récipient les gouttes puis ajoute de l'eau pour diluer. Les deux infirmières sont dans la salle, mais ne vérifient pas ce que Maïna fait.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/12/17)

Avant qu'elle ait quitté la chambre, Serge propose de mettre de la crème. L'infirmière approuve, mais lui recommande de ne pas en mettre sur les plaies.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 30/11/17)

Les stagiaires se portent alors fréquemment volontaires pour effectuer certaines tâches ou certains actes auprès des infirmières qui les encadrent. Si l'autonomie est donc en partie relative puisque l'infirmière donne l'autorisation de mise en action et contrôle les actes des étudiantes, ces temps de stage n'en sont pas moins pour autant propices au développement d'une posture active et d'un esprit d'initiative.

De tels comportements sont d'autant plus mis en œuvre qu'ils correspondent à la posture valorisée et prônée au sein de l'institut de formation (*cf.* Chapitre I) et qu'ils se trouvent portés par les professionnelles sur le terrain. Les infirmières poussent en effet les étudiantes à agir seules, à aller au contact des patients, mais aussi à effectuer des recherches sur les traitements.

Son tuteur lui explique que sa première semaine sera consacrée essentiellement à de l'observation, « *rien de plus* ». Ce sera pour elle l'occasion « *d'aller au contact des patients* ». Il insiste sur le fait qu'elle ne doit pas hésiter également à poser des questions à tous les professionnels, car « *il n'y a pas que les médecins qui soignent, tout le monde participe* ». [...] L'infirmière lui dit : « *nous, on ne va pas tout expliquer. C'est à toi de chercher. Après on fera le point. On va partir de ta curiosité intellectuelle.* »

(Observations, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie, le 28/05/18)

Cette infirmière incite la stagiaire à s'adresser à tous les professionnels et toutes les professionnelles du soin pour prendre des informations. À l'instar de ce que prônent les formatrices des IFSI, les infirmières insistent sur le fonctionnement horizontal et collaboratif de l'équipe soignante, mais aussi sur la nécessité pour les étudiantes d'être actrices de leur formation et de leurs apprentissages. Comme pour bon nombre de stagiaires (Bourgeois, 2006), il est attendu des futures infirmières qu'elles soient impliquées et engagées dans leur formation et non qu'elles soient dans la passivité. Cette configuration contribue sans nul doute à impulser l'esprit d'initiative décrit précédemment chez les étudiantes et ce, d'autant plus que quand elles le mettent en œuvre, elles se voient gratifiées.

Serge me dit qu'il a eu son bilan de mi-stage avec sa tutrice Aline et la cadre du service. Il m'explique qu'elles lui ont dit qu'il fallait qu'il améliore la définition de sa posture. Elles lui ont dit qu'il avait du mal à adopter totalement une posture infirmière. Les points positifs sont sa prise d'initiative, sa maîtrise des gestes techniques et son intégration dans l'équipe

(Observation, stage de fin de première année de Serge, SSR, le 30/11/17)

L'infirmière ajoute que c'est quelqu'un de « motivé ». Elle note également qu'Alexis a su rapidement trouver une « posture professionnelle », que c'est quelqu'un qui « travaille en autonomie » et qui est « acteur de sa formation ».

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 24/05/19)

Les bilans de mi et fin de stage confirment que cette attitude est appréciée et attendue. Par le biais de ces sanctions positives, les professionnelles participent à actualiser l'esprit d'initiative et de réflexion. Or, les observations révèlent qu'il ne s'agit pas là des seuls éléments transmis au cours des temps d'anomie.

De manière concomitante, ces situations de formation participent à l'actualisation de la capacité d'adaptation.

Tout d'abord, les étudiantes apprennent à ajuster leurs activités en fonction de la fluctuation de leur emploi du temps. Ces temps d'anomie sont imprévus et imprévisibles. Leur durée varie et dépend en partie des infirmières qui les suivent. Ces dernières peuvent à n'importe quel moment y mettre fin. Les étudiantes n'ont donc jamais de certitudes sur ces points. Elles sont ainsi conduites à mettre en œuvre des activités à la temporalité non définies et sont invitées à être disponibles dès que les professionnelles qui les suivent ont besoin d'elles. Les situations précédemment citées l'illustrent parfaitement. Samantha doit s'adonner à une activité pendant que l'infirmière réalise un soin, mais cette dernière ne lui donne pas d'indications temporelles lui permettant de s'organiser. De la même manière, Camille va répondre aux sonnettes des patients ou regarde les dossiers lors de son stage en chirurgie en

attendant qu'une professionnelle vienne la solliciter. Ces situations les plongent donc dans une situation favorisant la disponibilité et l'adaptation.

Au-delà de ce cadre qui impose un ajustement continu des étudiantes, la capacité d'adaptation est cultivée plus indirectement par le biais d'une activité qu'elle réalise lors de ces temps « libres » : la recherche d'informations. Cette activité pousse les étudiantes à trouver les données pertinentes seules et à maîtriser les outils pour le faire. Elles se familiarisent ainsi avec la gestion en autonomie de situations inconnues. Cette étudiante de troisième année profite du temps d'inaction lors de sa nuit pour procéder à des recherches sur la santé et le domaine médical :

5h33 : Ça commence à être dur de tenir. Il ne se passe rien du tout. Mes paupières se ferment. Les infirmières ne ferment pas un œil. J'ai envie de croiser mes bras sur la table et d'y poser ma tête pour dormir. Ça passe lentement. Alison se prend une pause, puis à 5h50, répond aux sonnettes des patients. 6h06 : Elle fait ses transmissions sur l'ordinateur, puis regarde des documents sur le schéma d'un montage de cathéter. Moi je m'endors. 6h50 : Il ne s'est rien passé de plus. L'autre infirmière de matin arrive. Les transmissions commencent.

(Observation nuit, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service unité de surveillance continue, le 12/06/18)

Contrairement à l'étude de psychologie de M. Cheyrouze et B. Barthe (2018) qui porte sur le travail de nuit dans un service de réanimation médicale, la stagiaire observée ne profite pas de la deuxième partie de la nuit pour se reposer ou somnoler ni pour se livrer à des activités personnelles, pas plus d'ailleurs que les infirmières en poste. Au contraire, elles endossent une posture active. La stagiaire se renseigne sur les traitements et les pathologies. On peut aisément supposer que ma présence n'est pas sans impact sur ces comportements. L'étudiante me confie d'ailleurs que les infirmières ferment d'habitude leurs yeux sur les temps « creux » de la nuit. Cependant, on peut également penser que la posture qu'investit Alison est étroitement liée à sa position de stagiaire. Les observations des temps anoniques révèlent en effet qu'infirmières et stagiaires occupent souvent différemment ces temps. Les premières tendent à prendre une pause une fois qu'elles ont anticipé les tâches leur incombant et qu'elles ont parfait leur organisation mentale alors que les secondes investissent ces temps de manière active en s'adonnant notamment à des recherches. Bien sûr certaines étudiantes ont également pris des pauses, mais de manière très occasionnelle comparativement aux nombreux temps d'anomie et aux infirmières en poste. L'attitude de cet étudiant première année qui travaille de jour en SSR fait étroitement écho au comportement actif d'Alison :

13h40 : Après le repas, Serge est dans la salle de soin. Il n'a pas de consignes précises. [...] En attendant, Serge regarde le dossier d'une patiente qui va rentrer puis cherche dans le Vidal les médicaments. Les transmissions commencent 20 minutes plus tard.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 30/11/17)

Les temps « libres » sont mis à profit par les stagiaires pour améliorer leur compréhension en procédant comme ici à des recherches dans le Vidal (l'ouvrage présenté comme étant celui de référence dans les cours de pharmacologie) ou en se renseignant sur des dispositifs spécifiques.

Les recherches sont souvent menées seules, mais il arrive aussi fréquemment que les étudiantes sollicitent à cette occasion des professionnels et professionnelles de santé quand elles ne comprennent pas d'elles-mêmes :

Flavia lit le dossier. Elle ne sait pas ce que veut dire IRA. Elle demande à l'infirmière qui vient de rentrer dans la salle et qui lui explique qu'il s'agit d'une infection respiratoire aiguë.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 07/05/18)

8h58 : Samantha dit à l'infirmière qu'elle va aller regarder les dossiers de ses patients. [...] Elle regarde les traitements, les prend en note puis s'informe sur les effets indésirables. [...] 9h50 : Fin de la recherche de données. Samantha rejoint l'infirmière pour faire le tour des médicaments avec elle. Elle en profite pour demander ce qu'est le PICC Line. L'infirmière lui répond qu'il s'agit d'un cathéter long que l'on insère dans le système veineux au niveau du bras.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service gériatrie, le 12/12/17)

Les étudiantes n'hésitent pas alors à aller poser des questions sur des points qui leur paraissent obscurs ou sur des termes qu'elles ne comprennent pas. Elles s'adressent dans ce cas aux infirmières, mais aussi aux aides-soignantes ou même aux médecins.

Ces « temps libres » s'avèrent donc également l'occasion d'approfondir leurs connaissances scientifiques et de cultiver des compétences liées à la démarche de recherche d'informations. Elles apprennent alors à trouver le support adapté ou l'acteur le plus pertinent pour répondre à leurs questionnements. Le développement de cette capacité à trouver l'information leur permet de devenir adaptables, une compétence attendue dans leur future activité professionnelle. Les futures infirmières sont en effet ainsi préparées à être confrontées à des situations ou à des traitements qu'elles ne connaissent pas, mais aussi à se débrouiller seules.

Cette forte tendance des étudiantes à mener systématiquement des recherches sur les pathologies et les traitements dès qu'elles le peuvent est impulsée par le discours tenu au sein de l'IFSI qui les invite à ne jamais agir sans savoir (cf. Chapitre II), mais est aussi imputable à ce qui se passe en stage. Au cours de ces derniers, les infirmières invitent souvent les étudiantes à effectuer des recherches personnelles. C'est le cas de manière très explicite dans cette scène observée en psychiatrie. Une infirmière donne à Camille la tâche de répondre à un patient sur son traitement.

11h39 : Marie-Charlotte donne une mission à Camille. Elle lui demande de savoir à quoi servent les médicaments d'un patient [...] L'infirmière lui dit que la question qui a été posée par le patient est : « *est-ce que je n'ai plus de traitement ?* ». [...] Marie-Charlotte souligne que dans le service il y a une transparence autour du traitement et lui demande de pouvoir apporter la réponse au patient. Elle lui suggère dans un premier temps de regarder la prescription pour identifier ce que

prend le patient et d'aller voir ensuite quelle est la nouvelle prescription. Elle écrit sur le médicament ce que Camille lui dicte. L'infirmière demande comment et combien de temps il devra le prendre. Camille va sur la prescription et dit : deux le matin et deux le soir. L'infirmière lui montre le code d'écriture sous le format : 0-0-0-0. Elle lui demande ensuite où elle va aller chercher des informations sur ce médicament. Camille propose dans le Vidal. L'infirmière lui dit qu'on trouve tout sur Internet. L'infirmière lui demande à quelle heure elle pourra donner la réponse au patient.

(Observations, premier stage de Camille, psychiatrie, le 30/05/18)

La professionnelle guide l'exercice de recherche et suggère des outils pour y parvenir. Cette démarche n'est pas propre à la psychiatrie, dans les autres services également, les professionnelles invitent les étudiantes à creuser certains cas. Dans ce stage à l'hôpital en service gériatrie, une aide-soignante demande par exemple à Samantha de prendre connaissance de manière plus approfondie de la situation d'un patient.

12h43 : Elle retourne dans la salle des soignants et des soignantes. Une aide-soignante lui dit de regarder le cas d'un patient.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service gériatrie, le 12/12/17)

Ce type d'invitation est fait en amont d'un soin, mais également en aval, comme ici à l'EHPAD :

Quand elle frappe, la patiente ne répond pas. Maïna entre, la patiente a les yeux fermés. Elle est allongée sur son lit, le long de sa bouche ouverte du chocolat dégouline. Maïna s'approche, la secoue. La patiente ne répond toujours pas. Elle descend en courant voir Claire [l'infirmière] pour la prévenir. Celle-ci lui explique que son état est normal, c'est une patiente qui est souvent comateuse. Claire lui conseille de regarder son dossier et souligne qu'elle doit le faire à chaque fois : « *Normalement tu dois connaître ta patiente.* » [...] Elle lui suggère de regarder également le plan de soins, en précisant qu'elle doit porter une attention sur ces deux éléments : « *C'est surtout les pathologies et le plan de soins qu'il faut que tu regardes en fait.* »

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Quand l'étudiante ne se livre pas par elle-même à une démarche de recherche alors qu'elle aurait dû, les infirmières le lui signalent. L'infirmière réprimande Maïna qui est allée effectuer la toilette d'une patiente sans prendre préalablement connaissance de son dossier. En stage, comme à l'IFSI, la formation à la recherche d'informations autonomes apparaît donc fortement cultivée.

Les étudiantes perçoivent d'ailleurs progressivement l'adaptation comme de plus en plus importante pour l'exercice de leur future activité professionnelle. Alors que seulement 44,2 % des premières années choisissent ce type de compétences comme l'une des deux plus importantes à acquérir pour devenir infirmière, elles sont plus de la moitié (52,1 %) dans ce cas en fin de cursus¹⁵².

¹⁵² Les données statistiques citées dans ce paragraphe sont issues de la passation des questionnaires. La relation entre année de formation et fréquence de citation de l'adaptation comme l'une des deux compétences importantes à acquérir pour devenir infirmière est significative au seuil de 1 % d'après le test du khi2.

La formation clinique constitue donc un lieu où les étudiantes sont poussées à mettre en œuvre une posture d'autonomie plus que d'exécution, à l'instar de ce qui a été constaté au sein des IFSI. Les stages favorisent la mise en œuvre de l'esprit d'initiative, de la réflexion et de l'adaptabilité.

La formation clinique encourage d'autant plus un tel positionnement que les étudiantes se voient confier la gestion de leur temps, mais aussi de celui des patients.

V.1.b De la gestion du temps à la gestion logistique des soins

Une partie du rôle confié aux futures infirmières en stage consiste à organiser pratiquement les soins des patients. Dans cette perspective, elles ont la pleine responsabilité de la gestion de leur travail quotidien, mais surtout elles doivent apprendre à coordonner, planifier et assurer la logistique des soins des patients.

L'enquête dans les différents lieux de stages montre que les infirmières sont aux commandes de leur travail. Loin de seulement suivre une programmation tout établie, elles ont la main sur l'agencement de leurs tâches et ont en ce sens la maîtrise de leur propre temps et de leur activité professionnelle. Les étudiantes sont d'emblée confrontées à l'organisation de leur journée, comme le laisse entrevoir cette situation. L'infirmière qui suit Camille lui fait comprendre qu'il s'agit de son rôle que de planifier sa journée et lui en laisse le soin.

Camille va demander à Lisa [l'infirmière] si elle peut aller faire la toilette de sa patiente. Cette dernière lui répond : « *Quand tu veux, c'est à toi de t'organiser.* » Lisa va changer un pansement. Camille décide d'y assister avant d'aller faire la toilette de sa patiente.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

Le premier stage ne s'avère pas seulement être une observation et un suivi d'une infirmière au quotidien. Les stagiaires se voient d'entrée de jeu confier un puis deux patients. Comme le suggèrent la question de Camille et la réponse qui lui est faite, assurer un tel suivi signifie penser le déroulement de la journée, c'est-à-dire intégrer les soins des patients dont elles ont la charge à leur quotidien qui comprend également l'assistance de l'infirmière ainsi que la présence aux différentes transmissions et contre-visites. Une telle prérogative confiée à l'étudiante en matière de gestion du temps n'est pas une exception, comme l'illustre cette autre discussion qui a lieu entre une première année et sa professionnelle de proximité du jour dans un EHPAD.

Maïna en profite pour demander à Marie-Charlotte [l'infirmière] de venir voir un pansement. L'infirmière lui demande à quelle heure ça l'arrange et s'adapte à son emploi du temps.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/12/17)

L'infirmière propose à l'étudiante de réaliser son soin en tenant compte de l'organisation prévue par l'étudiante, ce qui suppose qu'elle en ait une.

Au fil du cursus, l'enjeu de l'organisation quotidienne est d'ailleurs de plus en plus important, car le nombre de patients à leur charge augmente. Les troisièmes années observées mettent en œuvre une planification beaucoup plus structurée que les premières années. Elles la formalisent dès leur prise de fonction, comme l'illustre ce début de journée en médecine polyvalente avec Flavia :

Flavia salue tout le monde et va jeter un œil au tableau décrivant les chambres prises. Elle va ensuite prendre un tableau vierge pour préparer sa feuille de transmission et sa planification. Elle prend un ordinateur portable à disposition et m'explique qu'elle fait directement son planning de soin sur sa feuille de transmission. Elle se connecte au logiciel pharma et prend des notes, elle commence par écrire le nom des patients. [...] Dans la salle, les professionnels et les professionnelles ne s'occupent pas d'elle. [...] Sur sa feuille, elle note principalement les soins techniques qu'elle a à réaliser en rouge ainsi que les surveillances qu'elle a à faire en noir. Elle prend également des notes sur les raisons de l'entrée et les pathologies en bleu. À côté des soins techniques, elle indique certains horaires qu'elle entoure.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 07/05/18)

Cette stagiaire commence par établir seule un plan de gestion de sa journée de travail. Alison, en unité de soins continus, procède de la même manière dès son arrivée dans le service.

18h50 : Début des transmissions. [...] Alison prend des notes sur les raisons de l'entrée des patients. 19h05 : Fin des transmissions. L'infirmière m'emmène faire le tour du service. Alison regarde sur son ordinateur et fait sa planification. L'infirmière la laisse en autonomie.

(Observation nuit, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service unité de surveillance continue, le 03/05/19)

L'agencement de leur quotidien de travail s'avère ainsi une compétence centrale que les futures infirmières apprennent à cultiver tôt. Les propos tenus par Emma en entretien mettent en exergue son importance :

« Le côté euh... .. de savoir ordonner ses pensées quand on stresse aussi... parce que... j'avais la particularité d'avoir tout plein de pensées qui me venaient et d'être enfermée dans ce... trop-plein de pensées et... c'était très fouillis, très brouillon. Euh, maintenant je stresse, mais je... j'ordonne quand même le tout... »

(Entretien avec Emma le 9/01/18, 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Elle estime qu'avec la confiance en soi, l'organisation est l'une des compétences qu'elle a développées au cours de la formation.

La gestion du temps qui leur est demandée est loin d'être évidente. Tout d'abord, leur planification doit tenir compte des contraintes extérieures qui s'imposent à elles. Certains impondérables comme l'heure des tournées, des prélèvements, des visites impulsent une temporalité aux différentes tâches que doivent réaliser les infirmières et leurs stagiaires.

En outre, la charge de travail rend parfois difficile la réalisation des tâches dans le temps imparti.

Flavia me dit qu'elle va sûrement avoir du mal à prendre en charge tout le service, car il y a des patients « lourds ». Elle va chercher un ordinateur. [...] 15h05 : Son infirmière référente lui demande ce qu'elle veut faire. Elle lui demande où elle en est dans la prise en charge de ces patients, puis lui dit que prendre en charge tout le service ça va peut-être être compliqué là. Flavia approuve. L'infirmière lui dit qu'elle va faire la 10 et le changement de chambre. Elle lui dit qu'elle revient la voir après et qu'elle la laisse faire tout le service sauf la chambre 8.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 07/05/18)

Dans ce service, dès le début de la journée, la stagiaire comme la professionnelle savent que la journée va être intense en raison des nombreux soins et suivis à effectuer, mais aussi du nombre d'entrées de patients dans le service. Leurs propos laissent entrevoir qu'en fonction du contexte (personnels et personnelles présents, mais aussi pathologies), l'organisation est plus ou moins soumise à une contrainte temporelle forte. Les étudiantes de troisième année, qui gèrent souvent la quasi-intégralité du service à l'instar de ce qu'elles devront faire en tant qu'infirmière, laissent fréquemment entendre qu'elles manquent de temps : « *Il ne faut pas partir en vacances, je suis en retard.* »¹⁵³, « *J'ai l'impression de ne pas avancer* »¹⁵⁴. Confrontées à un nombre de patients suivis proche de celui qu'ont les professionnelles en poste, ces stagiaires sont davantage soumises que les premières années à la pression temporelle imputable aux évolutions récentes du monde de la santé (Belorgey, 2010 ; Divay, 2013). La gestion de leur journée s'avère donc d'abord et avant tout une question de gestion du temps. D'ailleurs, les infirmières se proposent de venir les suppléer quand elles voient que les stagiaires sont dépassées par les délais.

Cette organisation est d'autant plus difficile à établir et à tenir qu'elle est sans cesse bousculée et remise en cause. La survenue d'imprévus renforce en effet les difficultés à planifier le travail à effectuer et à s'acquitter des tâches dans le temps imparti.

14h30 : Elle commence sa tournée par la chambre des patients en fin de vie. [...] L'infirmière vient lui dire qu'une visiteuse veut des nouvelles. Elle lui demande si elle veut qu'elle s'en charge. Flavia dit qu'elle va le faire. [...] Elle ressort pour noter les constantes sur l'ordinateur. Un médecin l'interrompt pour demander des informations sur le patient. Elle va ensuite voir les visiteurs, je ne la suis pas. [...] 14h45 : Flavia va dans la chambre de la deuxième patiente en fin de vie. [...] 14h50 : Flavia va voir le médecin pour lui dire que le fils d'un des patients cherche à le placer. L'infirmière vient nous voir et dit : « *ça y, il y en a un.* » L'infirmière dit la même chose à l'aide-soignante. Celle-ci répond : « *Oh non !* ». On se rend dans la chambre. Flavia me sourit et me dit : « *il a changé de couleur* ». Elle appuie sur le bouton pour signaler sa présence. Elle éteint la seringue. L'infirmière arrive quelques minutes après et lui dit qu'elle va prendre en charge la toilette mortuaire. [...] Flavia va poursuivre sa tournée. 15h37 : Flavia va voir sa dernière patiente. 15h47 : Elle croise l'infirmière qui lui demande où elle en est. Flavia répond. L'infirmière la prévient qu'une des patientes est arrivée et qu'elle doit téléphoner pour l'autre entrée.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, médecine polyvalente, le 09/05/18)

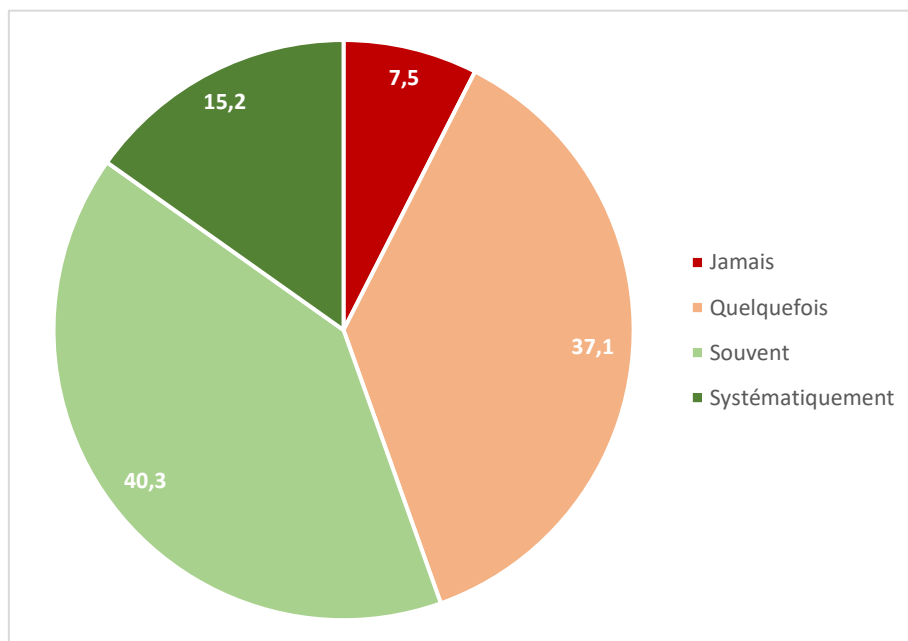
¹⁵³ Observation, stage préprofessionnel de Flavia, médecine polyvalente, le 07/05/18

¹⁵⁴ Observation nuit, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service unité de surveillance continue, le 03/05/19

Cet extrait d'observation qui couvre le temps d'une tournée de surveillance illustre parfaitement les aléas qui viennent bouleverser l'organisation théorique. Les étudiantes doivent intégrer de nouvelles tâches tout en n'oubliant pas certains incompressibles de leur organisation initiale (heure de distributions des médicaments, entrée et sortie planifiées, heure des repas, etc.) Elles ont ainsi non seulement à apprendre à construire le déroulement d'une journée, mais aussi à s'adapter aux aléas (entrée, décès, etc.). Elles sont amenées à réviser régulièrement l'ordre des priorités à l'instar de ce qu'ont à faire les secrétaires (Liaroutzos, 1998), à ceci près qu'elles le font pour gérer leur propre emploi du temps.

Les observations et les entretiens informels conduits avec les étudiantes montrent toute la difficulté d'une telle gestion adaptative que les étudiantes doivent apprendre à maîtriser. Les fréquents dépassements d'horaires attestent qu'il s'agit d'un véritable défi actuellement pour les stagiaires comme pour les infirmières. L'enquête par questionnaire révèle que les étudiantes sont plus de la moitié à outrepasser fréquemment leur temps de travail en stage¹⁵⁵.

Graphique 38 : Fréquence de dépassement d'horaires lors des stages selon les étudiantes



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Les étudiants et étudiantes en soins infirmiers sont 40,3 % à déclarer souvent dépasser leurs horaires de travail dans le cadre de leurs stages.

Pour 15,2 %, il s'agit même de dépassements systématiques. Elles sont seulement 7,5 % à n'avoir jamais connu une telle situation sur l'ensemble de leur formation clinique.

¹⁵⁵ Les chiffres de ce paragraphe sont issus de la passation de 938 questionnaires administrés à l'ensemble des étudiants et étudiantes en soins infirmiers de Loire-Atlantique en 2017-2018.

Contrairement à ce qu'on aurait pu penser au vu de la difficulté d'un tel exercice, les infirmières guident peu l'apprentissage de cette gestion.

10h30-10h50 : Camille ne sait pas quoi faire. Elle va demander à une aide-soignante dans le couloir si elle peut venir ou ce qu'elle peut faire. L'aide-soignante lui répond : « *je ne sais que te dire.* »

(Observation, stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 29/05/18)

Celui-ci est relativement diffus, à l'instar de ce que montre Y. Siblot (2006) à propos de l'apprentissage du travail administratif au sein de la famille. Les suggestions de planification par une soignante sont rares.

Néanmoins, cela ne signifie pas pour autant que les infirmières en poste ne guident pas d'une certaine manière l'inculcation de cette maîtrise temporelle et gestionnaire. Leur intervention arrive souvent tardivement et prend la forme soit de critiques sur une organisation jugée défailante soit de rappels à l'ordre. Ici par exemple, l'infirmière explique à l'étudiante ses erreurs de gestion. Elle souligne notamment l'importance de faire ses transmissions tout au long de la tournée.

L'infirmière prévient Flavia qu'il y a une sonde à poser et qu'elle va s'en charger. Flavia approuve et lui dit qu'elle n'a pas encore fait ses transmissions. L'infirmière lui reproche de ne pas l'avoir fait au fur et à mesure. Flavia dit qu'elle voulait les faire à 16h. L'infirmière lui dit que c'est à faire au fur et à mesure.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, médecine polyvalente, le 07/05/18)

De telles remarques permettent aux étudiantes de se familiariser progressivement au cours de leur stage à la réalisation de leur propre emploi du temps quotidien. L'inculcation de cette compétence professionnelle se fait donc en grande partie par confrontation aux erreurs et intégration des critiques dispensées.

La capacité à gérer le temps et à planifier est d'autant plus actualisée au cours de la formation clinique que les étudiantes sont également amenées à piloter l'organisation pratique des soins des patients.

Les observations en stage révèlent qu'un tel rôle suppose qu'elles pensent le planning de soin de chacun d'eux individuellement. Les situations précitées dans la sous-partie précédente montrent bien comment les étudiantes en fin de formation investissent cette dimension de leur travail. Avant de produire leur planification quotidienne, les étudiantes notent les heures des traitements à administrer à chaque patient. La construction de leur propre emploi du temps contient ainsi la temporalité des soins à leur apporter. Les erreurs des stagiaires permettent de rendre visible cette planification, relativement invisible si l'on observe les professionnelles en fonction. La construction de l'échéancier des patients est en effet en grande

partie pensée plus que notée par les infirmières les plus aguerries. Néanmoins, comme le révèlent les conseils donnés par l'infirmière à cette étudiante, cette planification est inhérente au travail d'administration des traitements.

12h20 : Charlotte [l'infirmière] lui dit de faire attention à l'heure, car la glycémie doit être prise avant les repas que les aides-soignantes sont en train de distribuer. Samantha se dépêche d'aller prendre celle de sa patiente.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service gériatrie, le 11/12/17)

Lors de leur stage, lorsque les étudiantes apprennent à dispenser des soins aux patients, elles apprennent également à organiser et planifier des soins.

Si les infirmières ont aujourd'hui la tâche de réaliser certains soins par elles-mêmes, les observations révèlent qu'elles doivent aussi superviser et organiser la tenue des autres soins prévus par l'ensemble des soignants et des soignantes. En ce sens, elles ont à s'assurer que chaque patient reçoit l'ensemble des traitements prescrits par les différents membres de l'équipe. Une partie de leur activité consiste ainsi à programmer certains rendez-vous dans des services spécialisés que les patients doivent consulter. Les infirmières se retrouvent alors à gérer la superposition d'échéanciers. Une telle gestion pratique des soins suppose qu'elles manipulent des outils d'organisation. Lors de son stage en EHPAD, Maïna se voit par exemple confier la réservation de créneaux auprès de médecins. Pour mener à bien cet exercice, elle utilise une feuille pour tracer les prises de rendez-vous et vérifie les disponibilités de chaque patient en amont.

9h : Retour dans la salle de soin. [...] les infirmières sont en train de passer des coups de téléphone. L'une annule le rendez-vous du cardiologue. L'autre appelle le médecin pour que la patiente soit vue, car elle soupçonne un abcès. [...] 10h58 : Maïna demande ce qu'elle peut faire. Marie-Charlotte lui propose d'appeler les médecins. Cette dernière approuve et va s'installer au bureau. Elle prend la feuille d'appel et commence à contacter les médecins pour prendre rendez-vous afin de renouveler les prescriptions des patients.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 22/12/17)

Les infirmières doivent à certains moments organiser elles-mêmes les réservations comme ici, mais elles ont aussi parfois simplement un rôle de suivi du parcours des patients. Elles veillent alors à ce que les autres acteurs (notamment les familles) programment bien les soins prescrits.

Maïna dit à sa patiente qu'elle a regardé, mais qu'elle n'a pas vu son rendez-vous avec le pédicure et lui suggère d'en reparler avec sa fille.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/12/17)

Elles interviennent ainsi uniquement si elle constate un problème ou un oubli. Dans la scène rapportée, Maïna rappelle à sa patiente que sa fille doit toujours prendre contact avec un spécialiste.

Une telle gestion logistique des soins implique également d'organiser les déplacements des patients. Les infirmières édictent les bons de brancardage pour les transferts internes à l'hôpital ou réservent comme dans cette autre situation des ambulances pour les transferts externes :

L'infirmière interrompt pour savoir si elle a commandé les transports. Flavia dit que non. L'infirmière lui dit qu'elle va s'en charger.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 07/05/18)

Ces démarches de logistique des transports, concomitantes à la surveillance des examens et des soins, supposent le remplissage de nombreux documents et impliquent de passer des appels auprès de différents acteurs. Tantôt les étudiantes observent comment faire, tantôt elles sont elles-mêmes confrontées à ces tâches, comme cette étudiante de première année qui doit organiser la sortie de sa patiente.

Charlotte [l'infirmière] lui signale qu'il faut qu'elle organise la sortie de sa patiente, sans donner d'autres indications. 13h06 : Samantha va donc dans sa chambre pour voir ce qui est prévu pour sa sortie. La patiente lui demande de prendre contact avec les ambulances X. Elle retourne l'annoncer à Charlotte qui lui dit qu'il ne faut pas parler des ambulances dès le début. Elle lui dit qu'il faut essayer de faire venir quelqu'un. Samantha retourne dans la chambre pour savoir s'il est possible que quelqu'un vienne la chercher. La patiente dit que non. Samantha retourne donc dans la salle de soin. Charlotte est occupée. Samantha propose que Mélina, l'étudiante de deuxième année qui prend son service cet après-midi et qui est déjà arrivée l'aide à faire la macrocible. [...] Après avoir fini de la remplir, Mélina lui suggère de commander l'ambulance. Samantha lui demande quoi dire. Leila lui dit qu'il faut donner la date de sortie, l'heure et l'adresse de la patiente. Samantha va chercher les informations. 13h30 : Samantha appelle les ambulances.

(Observation, premier stage de Samantha, gériatrie, le 11/12/17)

Les allers et retours de Samantha et les conseils qu'elle doit recevoir pour mener à bien cette démarche montrent bien que cette tâche nécessite un apprentissage et qu'elle suppose la mobilisation de dispositions logisticiennes qui se révèlent construites au cours des stages.

Les futures infirmières ont d'autant plus un rôle de gestion logistique des soins qu'elles doivent également contrôler le stock de traitements et pallier les éventuels problèmes d'approvisionnement. À plusieurs reprises dans les stages observés, pour mener à bien la réalisation des prescriptions des différents membre de l'équipe soignante, les étudiantes ont passé commande :

L'infirmière remarque que la patiente n'a pas de bas alors qu'il y en avait de prescrits. Elle dit qu'il faudra en commander. [...] 10h35 : Samantha va prendre les mesures pour les bas. Elle ne sait pas comment faire alors elle regarde sur internet où prendre les mesures. Elle retourne ensuite voir l'infirmière pour savoir comment les commander. [...] Avant d'entrer dans une chambre, elle lui dit que les mesures sont mal prises sans autres explications. [...] 11h32 : Samantha cherche à commander les bas parce qu'elle n'en a pas trouvé à la pharmacie. L'infirmière lui dit d'appeler la pharmacie. Samantha ne trouve pas le numéro. Elle cherche plusieurs minutes, mais ne trouve pas. Elle demande à une autre infirmière qui lui indique, mais ça ne répond pas.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service de gériatrie, le 12/12/17)

Les étudiantes doivent savoir à qui s'adresser et comment procéder.

Leur rôle peut rappeler ainsi celui de secrétaires (Liaroutzos, 1998 ; Siblot, 2006). La supervision des échanciers, du suivi logistique, la négociation de l'ordre des priorités, l'organisation pratique des événements ainsi que la préparation des dossiers à destination de spécialistes sont autant de tâches que les stagiaires en soins infirmiers apprennent en effet à maîtriser. Cependant, au regard des constats effectués jusqu'à présent, une comparaison avec les ingénieurs et ingénieures apparaît plus pertinente. Tout d'abord, parce que les infirmières mobilisent des savoirs divers (cf. Chapitre IV), ensuite parce que ces dernières apprennent à organiser et à superviser en autonomie. À l'instar des ingénieurs et ingénieures (Lanoë, 2020), les futures infirmières se voient non seulement confier l'application de certains soins, mais aussi plus largement la tâche de gestion et d'organisation pratique des traitements avec toute l'organisation logistique et les négociations que cela implique. Comme eux, les futures infirmières apprennent ainsi à mettre en œuvre un rôle d'encadrement qui prend de plus en plus la forme d'une gestion permanente d'événements, mais aussi de résolutions de problèmes. Flavia, une étudiante de deuxième année souligne d'ailleurs que l'importance de ce rôle lors de son premier stage dans le monde de la santé l'a surprise :

« On doit gérer les rendez-vous des patients, gérer les entrées et sorties, euh, gérer bah par rapport au médecin, il faut appeler le médecin pour ci, faut faire ça. T'es énormément au téléphone. Et puis tu as les familles aussi au téléphone. »

(Entretien avec Flavia en 03/17, étudiante en 2^e année, 23 ans, mère secrétaire, père : hôte d'accueil)

Elle ne s'attendait pas à être confrontée à ce type de tâche dans sa future activité professionnelle.

Cette comparaison avec le rôle des ingénieurs et ingénieures est aussi fondée sur le fait que ce rôle de planification et de gestion pratique des soins va de pair dans la formation clinique avec l'apprentissage d'un rôle de coordination et d'intervention transactionnel.

V.1.c Des coordinatrices et des informatrices

Toute une partie du travail des infirmières consiste à renseigner les différents interlocuteurs et interlocutrices sur la situation des patients, mais aussi de leurs traitements.

Plusieurs situations de leur travail mettent les infirmières en possession de données relatives aux patients ou à leur état de santé. D'un côté, la surveillance des constantes, dont elles ont la prérogative, leur permet d'avoir accès à l'évolution de l'état de santé. De l'autre, elles recueillent des éléments contextuels, notamment à l'occasion des entretiens d'entrée comme l'illustre cette situation d'apprentissage :

15h30 : Sandrine [l'infirmière] et Camille vont voir le nouveau patient de la chambre 12 qui vient d'entrer dans le service après son opération. Elle lui explique que dans ce cas, il faut tout vérifier. L'infirmière commence par demander au patient s'il a des douleurs, puis vérifie son identité. Elle explique ensuite à sa stagiaire comment remplir le diagramme de surveillance rapprochée qui rapporte l'identité, le médecin qui a opéré, le jour de l'opération, et l'heure. Camille remplit la fiche pendant que Sandrine prend la tension. [...] Sandrine questionne ensuite le patient sur son lieu de vie, sa situation, son degré d'autonomie, ses médicaments personnels, sa date de naissance. Elle lui demande ensuite s'il sent ses doigts. Elle explique que la conscience est normale et fait remarquer à Camille qu'il a une voie veineuse périphérique et un redon. Sandrine prend sa température.

(Observation, premier stage de Camille, Chirurgie, le 22/11/17)

Les infirmières expliquent ici aux stagiaires quelles informations consigner et comment s'y prendre. Les tournées de l'après-midi sont un autre temps privilégié pour avoir de telles données. Les infirmières y sont en effet en contact avec les proches des patients qui viennent en visite. Les discussions informelles qui surviennent alors leur offrent la possibilité d'en apprendre plus, que ce soit par des questionnements directs ou par des demandes de la part des familles.

Ces différentes activités mettent l'infirmière en possession de diverses données sur les patients qui vont en faire des interlocutrices privilégiées des autres professionnels et professionnelles de santé comme l'explique Enrick en entretien :

« Les médecins à un moment donné, ils vont aussi se baser sur ce que t'as écrit comme observations. – Ouais, ça, tu l'as ressenti ce rôle-là ? – Ouais, ouais, ouais et je me suis mis assez rapidement à poser par écrit tu vois. Tu discutes avec un patient, tiens qu'est-ce que tu as observé ? tac une petite transmission. Ça aide aussi le psychiatre, lui, à observer les signes parce que eux, ils les voient en entretien pendant une demi-heure et puis après voilà, ils passent à un autre patient. Tandis que toi, t'as la clinique au quotidien. »

(Entretien avec Enrick le 17/01/18, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans, éducateur, mère secrétaire, père : chauffeur)

L'expression de « clinique au quotidien » est significative : les infirmières sont pour les médecins, mais aussi pour les autres professionnels et professionnels, un relais d'accès à l'information que ce soit de manière indirecte par la traçabilité, ou directe au travers des discussions informelles et lors des temps de visites. Il est arrivé fréquemment au cours de stages observés que les médecins viennent consulter l'infirmière avant d'aller voir un patient pour examiner l'évolution de son état ou pour en savoir plus sur sa situation personnelle :

Un médecin les interpelle pour prendre des nouvelles d'un patient. Il se renseigne auprès de l'infirmière avant d'aller la voir dans sa chambre.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 23/11/17)

Les membres de l'équipe soignante ne sont pas les seuls à s'adresser aux infirmières pour obtenir des informations.

Les familles, mais aussi les patients interrogent également souvent les infirmières sur l'état de santé ou les traitements mis en place.

15h30 : Une visiteuse interpelle Flavia, car elle trouve que la patiente est trop shootée. Flavia va donc la voir, elle prend ses constantes. L'infirmière la rejoint dans la chambre et va chercher les aides-soignantes. La tension de la patiente est très basse. [...] L'infirmière reste discuter avec la femme. [...] Avant d'entrer dans une autre chambre, Flavia me dit que c'est cool que l'infirmière soit venue l'aider tout à l'heure avec la visiteuse « *chiant*e ». Flavia fait la conversation à la famille. Elle donne les raisons de l'entrée dans le service.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 08/05/18)

Les infirmières doivent alors avoir la capacité d'expliquer la situation. Leur participation aux transmissions et aux visites ainsi que leur rôle de surveillance des constantes leur permettent de saisir à diverses occasions les informations nécessaires pour avoir ces réponses.

Toute une partie de leur travail consiste ainsi à assurer la liaison entre suivi médical et famille garantissant la bonne prise en charge des patients. Les étudiantes sont familiarisées avec cette logistique de coordination au fur et à mesure de leur avancée dans le cursus.

Ce rôle de transmission est plus ou moins évident. Dans cette scène, l'infirmière prend le relais de Flavia face à la visiteuse qui adopte une attitude critique. Après avoir pris en charge le malaise du patient, l'infirmière la rassure. Flavia restée en retrait, écoute la conversation tout en notant les constantes. L'observation des discussions familiarise ainsi les étudiantes avec l'attitude à avoir et les informations à donner aux patients et à leur famille. Les étudiantes pas toujours familières de cette démarche ont souvent été incapables de donner les informations demandées.

13h46 : un chirurgien et un interne demandent à voir une patiente. [...] Le chirurgien demande à Samantha de les accompagner dans la chambre. L'interne briefe le chirurgien sur le chemin de la chambre. Ils entrent dans la chambre. Le chirurgien demande à Samantha les comptes-rendus des antécédents de la patiente. Samantha ne les connaît pas, elle va voir Charlotte [l'infirmière] qui appelle les internes.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service gériatrie, le 11/12/17)

Ces situations que les étudiantes rencontrent en stage les poussent par la suite à prendre plus de données lors des transmissions entre infirmières et aides-soignantes ou à prendre en note les éléments recueillis auprès des patients et de leurs familles comme l'explique Enrick dans son entretien. Au gré de leur stage, les étudiantes apprennent ainsi à renseigner les différents interlocuteurs sur la situation du patient et dans cette perspective à recueillir et à tracer les informations relatives à son état de santé et à son contexte. En d'autres termes, elles apprennent ainsi à jouer ce rôle de personne ressource. Les étudiantes en stage préprofessionnel en montrent d'ailleurs une meilleure maîtrise : prise de notes plus importante, et moindre fréquence des

situations au cours desquelles elles se trouvent dans l'incapacité de dispenser l'information demandée, ce qui atteste de l'appropriation progressive de ce rôle. Loin d'apprendre « l'humilité » (Muel-Dreyfus, 1996), elles développent un sentiment d'assurance, voire de supériorité, du fait de leurs connaissances scientifiques. Elles apprennent à s'« imposer » face aux patients et non pas à s'« effacer » devant eux.

Au cours de leur formation clinique, les futures infirmières actualisent et acquièrent donc des compétences de contrôle d'informations en plus de celles relatives à la gestion et à la logistique. Ces éléments confortent l'assimilation au rôle d'ingénieurs (Lanoë, 2020), une comparaison qui s'avère d'autant plus pertinente que les futures infirmières apprennent aussi à travailler en collaboration avec le reste de l'équipe soignante, médecins compris.

V.1.d Les infirmières, des expertes parmi d'autres

Les futures infirmières sont amenées à être directement en prise avec l'ensemble des professionnels et des professionnelles de santé et à concourir comme eux au projet de soin (Herzlich, 1970 ; Strauss et al., 1985). Loin de devoir se considérer comme des exécutantes, elles ont à se positionner comme des collaboratrices de ces derniers. En stage, elles cultivent leurs connaissances liées au diagnostic et à l'évaluation de la santé, entretenant ainsi leur rôle d'expertes.

Tout d'abord, le rôle d'administration pratique des soins identifié précédemment ne renvoie pas qu'à une posture d'application et d'exécution. Les stages sont l'occasion pour les étudiantes d'en prendre conscience et d'actualiser une posture active. Les infirmières leur apprennent qu'elles ont à veiller à la bonne cohérence des prescriptions qu'elles mettent en œuvre. Les observations conduites en stage montrent que les infirmières ont en effet à se poser la question de la justesse du dosage ou de l'utilité de certains soins prévus. Lors de ce soin, l'infirmière s'interroge par exemple sur la prescription de bandes anticoagulantes :

Serge souligne que le patient a normalement des bandes anticoagulantes L'infirmière, Nadia, se demande s'il faut les mettre. Serge demande s'il est sous anticoagulants. Nadia vérifie et conclut qu'ils vont les mettre sans trop serrer. Nadia lui demande s'il sait les mettre.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 28/11/17)

Comme elle le montre à ce moment à l'étudiant qui la suit, la mise en œuvre technique implique un questionnement. L'infirmière doit veiller à ne pas administrer de soins inutiles ou dangereux. Elle a un rôle de surveillance indirecte des médecins. Comme les étudiantes l'entendent souvent

à l'IFSI, il en va de « leur responsabilité ». C'est idée leur est également transmise en stage, comme le suggère les propos de Samantha :

« Le poids de la responsabilité quand même. Ouais, ça par contre, je le savais, mais là je l'ai bien pris en mesure quoi. Tu vois c'est... [...] préparer, donner [les médicaments], que des fois bah il faut quand même avoir pas mal de connaissances pour éventuellement repérer quand il y a des conneries dans les prescriptions, euh faut... Voilà, il faut quand même un peu être au top. »

(Entretien, avec Samantha le 6/02/18, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

Cette aide-soignante étudiante en première année a pris conscience du poids de la responsabilité qui pèse sur les infirmières lors de ses stages, notamment de son rôle de vérification de la prescription établie par le médecin. Elle suggère qu'en tant qu'infirmières, elles doivent pouvoir remettre en cause ou questionner le traitement. La passation des questionnaires révèle également la construction d'une telle idée. Les étudiantes sont de plus en plus nombreuses au cours de leur formation à envisager le sens critique, la réflexion, ou la réflexivité comme faisant partie des deux compétences les plus importantes à acquérir pour devenir infirmière (cf. Chapitre II).

Au-delà de cette posture qu'elles apprennent à endosser au contact des professionnelles, les stages les confrontent aussi à la latitude de décision qui est laissée aux infirmières. La pose des pansements rend particulièrement visible cette liberté.

Elle appelle ensuite l'autre infirmière, Lisa, pour avoir son avis sur les plaies. [...] Elle entre dans la chambre et dit qu'il faut percer. Elle commente la plaie en soulignant que ce n'est pas si moche que ça. Les deux infirmières regardent les pieds du patient. Serge fait de même. Elles réfléchissent toutes les deux à quoi mettre comme pansement et comme produit. [...] Elle propose à Serge de placer les pansements. Elle explique à quoi sert le produit qu'elle applique et lui montre comment le mettre. Elle le laisse poser les pansements comfeel.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 1/12/17)

Alexis lui demande de regarder la plaie. L'infirmière lui dit que c'est moins beau qu'hier. Ils réfléchissent ensemble à quoi mettre. L'infirmière s'arrête sur du « sérum phy » et des « compeeds ». Il soigne la plaie.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

Les infirmières ont à choisir l'outil le plus adapté (pansements, compresses...) et donc le détail technique des soins qu'elles vont mettre en œuvre. En outre comme l'illustre cette autre situation observée dans le cadre d'une fin de vie, si le protocole est établi par l'ensemble de l'équipe, l'avancement dépend lui du seul jugement des infirmières.

14h40 : Flavia va ensuite rendre visite en premier lieu à la patiente comateuse. Elle prend sa saturation et sa tension. [...] Elle signale à l'infirmière que la patiente n'est pas confortable. Elle lui dit qu'elle fronce les sourcils et a des mouvements de bouche. L'infirmière lui suggère d'augmenter les doses de morphine et d'hypnovel. Flavia lui dit qu'elle préférerait lui demander avant de faire. L'infirmière confirme qu'elle a bien fait et lui explique qu'il y a un protocole.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, médecine polyvalente, le 8/05/18)

À l'instar des ingénieurs et ingénieures aujourd'hui (Lanoë, 2020), les infirmières sont donc actuellement amenées à prendre des décisions dans un cadre défini. Elles sont loin d'être cantonnées à un rôle d'exécution de la prescription.

Elles ont même les prérogatives pour agir en dehors de ce cadre dans certains cas bien définis. Nous l'avons vu dans l'introduction de cette thèse, certains soins et actes relèvent de leur initiative. Une partie de leur rôle s'effectue en dehors de la prescription médicale.

Par ailleurs, même si c'est impossible légalement, dans les faits, les infirmières prennent parfois les devants sur certains traitements.

Alison va voir un autre patient. Il est douloureux. Elle n'a pas de paracétamol prescrit. Elle ne veut pas déranger l'interne. Elle demande à l'infirmière puis à l'infirmier qui revient si elle peut donner du paracétamol. Elle fait remarquer que ce n'est pas indiqué dans le protocole. Ce dernier répond que non, mais qu'ils ont une marge de liberté. Il regarde le dossier puis explique qu'ils demanderont la prescription après. Alison va en donner au patient.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service unité de surveillance continue, le 7/05/18)

Les infirmières n'attendent pas toujours d'avoir la prescription médicale pour donner certains traitements, comme ici du paracétamol. Une telle pratique suppose non seulement que ces dernières maîtrisent les traitements qu'elles donnent, mais aussi qu'elles soient capables d'évaluer les risques pour les patients et d'agir en conséquence. Une telle réalité laisse bien apparaître la marge de manœuvre dont disposent aujourd'hui les professionnelles s'acquittant de cette fonction, une marge de manœuvre et un positionnement actif que les étudiantes apprennent à acquérir et à percevoir comme légitime tout au long de leur formation clinique.

Les étudiantes sont en outre invitées à développer un rôle d'experte de la surveillance de l'état de santé des patients. Tout au long de la journée elles produisent des diagnostics relatifs à l'évaluation de la température, de l'élimination urinaire, du degré de constipation, de l'irrigation tissulaire, du débit cardiaque, du système respiratoire ou comme ici du sevrage alcoolique à partir du test de Cushman :

Flavia remplit la macrocible. Pour ce faire, elle utilise l'indice de Cushman qu'elle maîtrise. Elle le calcule à 0 pour cette patiente.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 7/05/18)

Les étudiantes procèdent ainsi fréquemment à un examen analytique d'une situation à partir des symptômes des patients et des données de l'environnement. Alison explicite ce point en entretien :

« Tu as des objectifs de soins par rapport à son problème de santé, tu vois, ou même ses problèmes du coup. Tu as des diagnostics infirmiers. Ça ça fait partie de ton rôle propre. Et en fait, tu dois les formuler et du coup, tu mets des objectifs et des actions en place pour atteindre du coup, tes objectifs. [...] Bah par exemple sur l'anxiété par exemple, tu peux mettre en objectif bon bah diminuer ou

atténuer ça, enfin tu vois et en actions, bah tu vas mettre en place de l'écoute active ou alors des soins. Enfin, des trucs bateaux tu vois. Genre euh... Par exemple la prévention des risques cutanés tu vois, ça, ça fait partie de ton rôle propre. D'accord, et donc du coup, c'est toi qui mets en place ces actions : les membres en décharge, les effleurages. Tout ça, c'est le rôle de l'infirmière tu vois. »

(Entretien avec Alison le 15/01/18, 2^e année, 22 ans, mère : assistante familiale, père : chargé d'affaire)

Les infirmières ont la charge d'établir un diagnostic sur un certain nombre de domaines et de mettre en place des protocoles de soins pour répondre aux problèmes qu'elles constatent. Dans cette perspective, l'observation joue un rôle central dans leur activité :

« Notre métier, c'est une grande part d'observations : observation de l'attitude du patient, observation de, bah de l'évolution de la maladie, de comment il réagit, comment euh, comment son corps réagit. C'est énormément d'observations. La première chose, quand tu rentres dans une chambre, et c'est ce qu'on m'a toujours dit, c'est la première chose qu'on m'a dit aussi, c'est : « tu regardes pas le patient en premier, tu regardes tout : le patient et la chambre », parce qu'il faut regarder si le patient euh... Par exemple, je ne sais, tu regardes si ton patient, il a mangé, s'il a bien pris ses médicaments. Tu regardes s'il a une sonde ou s'il a quelque chose pour, bah pour uriner des trucs comme ça. Tu regardes s'il a des perfusions parce qu'il faut que tu regardes tes perfusions, voir si elles passent ou pas. Faut que tu regardes aussi, est-ce que bah, je ne sais pas, par terre, s'il y a des choses qui sont tombées. Comment est la sonnette aussi, parce que la sonnette, il faut qu'elle soit à portée du patient au cas où. Enfin, c'est tout ça à voir. Tout ça et voir comment le patient il est, voir si le patient après, il est dans son lit, au fauteuil. [...] Et ça turbine tout le temps. T'es en observation, mais du coup, tu fais beaucoup de choses. Tu te dis : « Bah là, il est prostré dans son lit, il ne parle plus, il grimace euh, je vais lui poser la question : est-ce qu'il a mal ? Qu'est-ce qui ne va pas ? Est-ce qu'il a mal ? »

(Entretien avec Flavia en 03/17, 2^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

Flavia m'explique que l'observation et leurs connaissances de pharmacologie, psychologie ou biologie leur servent à établir un diagnostic et à adapter leurs actions. Les tournées de surveillance des constantes et de distribution des médicaments sont des moments privilégiés de ces récoltes de données. Les infirmières accompagnent la production de cette démarche chez les stagiaires :

L'infirmier dit à Alison que le patient a vomi. Il lui demande ce que signifient ces vomissements. Alison répond qu'ils surviennent à la suite d'un traumatisme continu. L'infirmier lui demande quoi surveiller et à partir de quand il faut prévenir un interne. Alison lui répond qu'il faut prévenir l'interne dans un certain cas. L'infirmier lui dit qu'il faut le prévenir avant. Il souligne qu'il faut vérifier son état neurologique surtout si le patient ne se réveille pas.

(Observation du stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service unité de surveillance continue, le 7/05/18)

Les professionnelles posent des questions aux étudiantes pour les guider dans ce processus d'évaluation diagnostique. Cette autre scène observée lors d'un stage en chirurgie rend particulièrement compte de la place importante de ces compétences dans le travail infirmier. Lors du temps de visites, le médecin s'amuse à faire deviner à l'infirmière le diagnostic et le traitement qu'il va mettre en place pour chaque patient :

17h07 : Début de la contrevisite effectuée avec Valérie [l'infirmière]. Le médecin joue à faire deviner des éléments du diagnostic et de la prescription à l'infirmière. Il lui donne des indications d'analyse et lui demande de relever ce qui ne va pas ou ce qu'il va mettre en place. Pour une des

patientes qui a une prothèse, il demande à l'infirmière de repérer ce qui manque dans la prescription. Il laisse Valérie chercher. Après quelques minutes, elle trouve que la patiente n'est pas sous antibiotique. Le médecin procède ainsi pour plusieurs patients. Camille se tient debout derrière l'infirmière.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 24/11/17)

Un tel jeu peut paraître anecdotique, mais il montre comment le médecin attend de l'infirmière qu'elle soit capable non seulement d'avoir un regard d'expert sur la santé des patients, mais aussi d'anticiper ses actions.

Enfin, comme dans le monde de l'ingénierie (Lanoë, 2020), les soins à dispenser sont décidés en concertation dans une organisation qui n'est plus portée par une structure hiérarchique légale. Les infirmières sont directement en prise avec les autres professions et concourent comme elles au projet de soin. Les relations auxquelles les stagiaires sont confrontées avec les autres professionnels et professionnelles de santé (médecins et aides-soignantes notamment) sont d'ailleurs loin d'être uniquement verticales, comme en rend compte Enrick lors d'un entretien.

« Et du coup, il y a des contacts fréquents avec les médecins ou pas ?

– Ouais, alors là où j'étais, c'était cool parce qu'il y avait deux médecins, psychiatres... Et puis super dynamiques, et puis pas... au niveau hiérarchie tu sens pas la hiérarchie vraiment. »

(Entretien avec Enrick le 17/01/18, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans,
mère : secrétaire, père : chauffeur)

Ce dernier me confie ne pas avoir ressenti de liens hiérarchiques avec les médecins dans le cadre de son stage en psychiatrie. Comme nous l'avons vu précédemment, ils se placent d'ailleurs fréquemment en position de demande d'informations. Ils ne sont pas forcément ceux qui la détiennent, c'est même souvent le contraire, ils viennent la chercher. Le plus souvent, ils viennent prendre des nouvelles de l'état de santé d'un patient, mais interrogent également les infirmières sur son parcours de soins, et parfois sur les démarches à mettre en œuvre, notamment quand il s'agit des internes comme l'explique Flavia lors de notre premier entretien :

« Ça me rappelle un truc de Michel Cymes, je ne sais pas si tu as vu une vidéo sur Facebook qui tourne, euh parce que. Si tu veux, il y a beaucoup d'internes à l'hôpital et en gros Michel Cymes il dit : « Moi j'ai beaucoup appris avec les infirmières, c'est les infirmières qui m'ont formé. ». [...] Ça c'est vrai. Je le vois bien parce qu'on a des internes dans le service... Elles [les infirmières] sont toujours, elles sont sans arrêt sur le dos des internes, sur le dos des médecins parce qu'on veut des prescriptions, il faut que ce soit... Et en fait, elles ont l'habitude parce que ça fait tellement longtemps qu'elles sont dans le service. Du coup, il y a des automatismes qui sont mis en place donc des fois elles font les choses avant et puis bah, elles disent : « -T'oublieras pas de me mettre la prescription parce que je viens de le faire. - Ah oui, j'avais oublié et tout. – C'est pas grave, je l'ai fait, mais bon, il faut quand même la prescription derrière ». Et si tu veux bah euh, bah je pense que c'est vrai, il y a une partie des médecins qui sont formés par les infirmières. Forcément, c'est un interne donc on ne peut pas tout lui apprendre non plus, voilà, mais il y a beaucoup de choses qui sont, qui sont transmis quand même »

(Entretien avec Flavia en 03/17, 2^e année, 23 ans, mère secrétaire, père : hôte d'accueil)

Même si elle concède qu'en tant qu'infirmières, elles ne savent pas autant qu'eux, ses propos montrent bien comment infirmières et médecins travaillent en grande partie aujourd'hui en complémentarité.

Or, les observations indiquent que la collaboration ne s'arrête pas au corps médical, le plus souvent les infirmières travaillent aussi en complémentarité avec les aides-soignantes tout en étant unies par un lien hiérarchique. Ce lien est d'ailleurs souvent moqué au sein de l'équipe :

Charlotte, l'infirmière et la stagiaire vont ensuite dans la chambre 12, le patient cherche sa canne. Il s'énerve contre l'aide-soignante qui lui explique qu'elle n'en a pas. Le patient crie « *Allez chercher votre supérieur.* » Elle se tourne vers l'infirmière qui s'occupe du voisin de chambre et dit : « *C'est elle, ma chef* » puis rigole. L'infirmière lui explique calmement qu'il n'avait pas de canne à son arrivée.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 23/11/17)

Dans ce service, infirmières et aides-soignantes effectuent la tournée en même temps. Si ce n'est pas toujours le cas, cette mise à distance d'une position verticale ressort souvent des observations. Les infirmières délèguent à aux aides-soignantes des tâches qui ne relèvent pas seulement du sale boulot comme dans ce service de psychiatrie où l'une d'elles se voit confier les transmissions.

Le médecin lance la transmission. Il demande par commencer dans l'ordre inverse d'hier. Marie-Charlotte [l'infirmière] donne l'état du premier patient. L'aide-soignante et l'autre infirmier donnent leurs avis. [...] Marie-Charlotte demande à l'aide-soignant de faire la suite des transmissions, car celui-ci y a assisté ce matin. Il paraît surpris, rigole puis prend sa feuille. L'infirmière revient, mais l'aide-soignante continue à faire les transmissions. L'infirmière complète quelques informations.

(Observation, stage de Camille, psychiatrie, le 29/05/18)

Si une telle délégation n'a été observée qu'ici, on le voit à travers ces deux scènes, le lien de hiérarchie sur lequel insistent les formatrices à l'IFSI n'est pas fortement mis en avant sur le terrain.

Ce qui prévaut dans les stages observés, c'est plutôt une collaboration et une complémentarité des différents personnels et des différentes professionnelles de santé. Ces derniers travaillent autour de l'établissement des programmes de soins des patients. L'insistance en IFSI sur le travail d'équipe trouve un écho particulièrement important dans les nombreuses concertations entre les différents acteurs du monde de la santé. Des réunions fréquentes sont prévues pour décider de l'ensemble des soins à dispenser. Selon l'analyse quantitative des emplois du temps, nous l'avons vu, ces dernières représentent entre 10 et 20 % de la journée des étudiantes et des professionnelles (cf. Chapitre IV). À cette occasion, les infirmières ont leur mot à dire et donnent à voir aux autres leurs expertises sur leur champ de compétences spécifiques.

9h18 : Début des transmissions avec le médecin. Il y a une aide-soignante, une infirmière (Charlotte), un médecin, un médecin, une interne et Samantha. Charlotte présente chaque patient. L'aide-soignante complète sa présentation. Le médecin pose des questions. Le médecin communique des informations complémentaires en regardant son ordinateur. L'interne ne parle pas.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service de gériatrie, le 11/12/17)

Les transmissions sont dirigées par les infirmières dans le sens où ce sont elles qui présentent les patients en premier. Même si cet ordre ne semble pas clairement défini et dépend souvent de l'équipe et du médecin, les infirmières ont toujours une place déterminante lors de ces temps de concertation. En services de soin de suite et de réadaptation, ce fonctionnement a également été observé :

11h21 : La cadre donne le nom d'un autre patient. Elle rappelle pourquoi elle est entrée dans le service et ce qu'elle a eu précédemment. Elle demande au médecin s'il a un souci médical. Il dit que non. La cadre demande ensuite ce qu'elle a au niveau infirmier. Julie répond qu'elle n'a rien de particulier, mais l'une des aides-soignantes signale qu'elle a des pansements. La cadre prend en notes et lui demande ce qu'il y a au niveau aide-soignant. Les aides-soignantes qui avaient pris la parole soulignent qu'elle a besoin d'aide pour le dos, mais qu'elle se déplace bien. La cadre interroge la kinésithérapeute. Cette dernière répond que la patiente va bien. La cadre se tourne alors vers l'ergothérapeute qui rend compte de l'état de sa maison à savoir que tout est en rez-de-chaussée et que c'est donc OK. La cadre fixe une date de sortie

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 30/11/17)

Les infirmières interviennent fréquemment pour donner à voir l'état de santé ou l'avancement dans le traitement. Comme dans cette transmission, les aides-soignantes sont souvent également présentes lors des discussions et viennent compléter les informations sur le patient fournies par les infirmières. La mise en commun des différents points de vue permet ensuite à chacun de disposer de toutes les données et d'émettre son avis sur les soins à mettre en place.

Le travail des infirmières se rapproche aujourd'hui en de nombreux points du travail des ingénieurs et ingénieures (Lanoë, 2020) tant dans les savoirs mobilisés que dans les rôles qui leur incombent et le positionnement d'autonomie qui leur est laissée. Les étudiantes apprennent à agir en autonomie que ce soit dans leurs actes ou dans la gestion du travail. Elles sont aussi familiarisées avec un rôle de logistique des soins et d'expertes.

Cependant, nous allons le voir maintenant, si l'on regarde finement la structure du poste et les exigences qui sont posées aux futures infirmières. On constate que ces dernières ne sont pas totalement libres pour autant. L'autonomie qu'elles investissent est largement surveillée et leur implication contrainte. À l'instar de ce qui a pu être constaté dans le chapitre précédent à propos des savoirs mobilisés en stage, la position transmise aux futures infirmières paraît correspondre à celle prônée en IFSI : valorisation et apprentissage de l'autonomie et de la responsabilisation dans un cadre surveillé.

V.2 Une autonomie sous surveillance

Il est en effet possible de faire ressortir l'existence d'un cadre hétéronome qui vient largement contraindre les pratiques des infirmières et des futures infirmières, comme cela a pu être constaté à l'IFSI (*cf.* Chapitre I). Les stagiaires apparaissent davantage dans une « autonomie contrôlée »¹⁵⁶ (Appay, 2005) que dans une autonomie complète. Il ne s'agit pas ici de revenir sur ce qui a été dit précédemment, mais plutôt d'affiner l'analyse pour montrer que les étudiantes apprennent moins à être totalement libres qu'en position « discrétionnaire » (De Terssac & Maggi, 1996), c'est-à-dire qu'elles sont placées dans un espace d'action où elles peuvent choisir entre des alternatives, mais dans un milieu de dépendance. Si elles ne sont plus aujourd'hui dans une position de domination légale vis-à-vis du médecin, leur activité demeure largement bornée par une forme de domination légale, mais également par une domination professionnelle persistante.

V.2.a Une autonomie contrôlée

Il apparaît tout d'abord que les futures infirmières doivent faire preuve d'une autonomie d'action tout en restant à leur place de stagiaires. Les professionnelles valorisent le respect de ce positionnement comme le montre ce bilan de fin de stage.

Les deux infirmières qui effectuent le bilan de fin de stage valorisent aussi le positionnement de Maïna. Elles insistent sur le fait qu'elle « *reste à sa place de stagiaires* ». Elles prennent comme exemple le fait qu'elle demande avant de prendre une pause. Elles notent également qu'elle est volontaire et à l'écoute de ce qu'on lui dit. Elle fait preuve de curiosité professionnelle, ce qui est également souligné positivement.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/12/17)

Cette étudiante de première année se voit félicitée pour son esprit d'initiative et son autonomie, mais également pour son respect des règles de l'institution et de sa position de stagiaire. Comme dans d'autres formations, les futures infirmières sont ainsi tenues en stage de faire preuve de déférence vis-à-vis de celles qui les encadrent ainsi que des autres professionnels et professionnelles, mais aussi de respect de l'idéologie professionnelle dominante. Elles doivent « montrer patte blanche » pour reprendre l'expression utilisée par R. Gasparini (2008) pour décrire le positionnement des futurs enseignants et futures enseignantes en stage.

¹⁵⁶ B. Appey introduit cette notion d'« autonomie contrôlée » pour désigner l'autonomie des individus ayant de faibles ressources. Dans ce cas, l'autonomie prend la forme d'une capacité d'action bornée par des régulations hétéronomes plus que par une liberté.

Cela passe en partie par le fait de montrer qu'elles ne se considèrent pas comme des collègues (Gasparini, 2008). Le fait de faire vérifier ses soins ou de demander l'autorisation pour pratiquer certains actes permet de faire preuve d'un tel positionnement comme le suggère le bilan de Maïna. En stage, cette étudiante s'assure en effet auprès des infirmières qu'elle n'a pas fait d'erreurs pour les soins importants. Elle fait vérifier les dosages des médicaments ou des injections administrés, et ce, même quand elle est en position d'autonomie comme sur la tournée de l'insuline.

8h44 : Maïna retourne dans la salle des infirmières. L'une des infirmières lui demande de préparer les insulines 10 unités. Une fois que Maïna l'a fait, elle leur donne à vérifier. Elle va ensuite faire une piqûre d'insuline.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/12/17)

Il ne s'agit pas là d'un comportement lié à l'avancement dans la formation. Flavia qui est en stage préprofessionnel procède de manière similaire :

19h15 : Flavia va chercher de nouveaux médicaments. Elle demande à l'infirmière de vérifier la dose d'insuline qu'elle a préparée. Cette dernière valide. Flavia va donner le médicament. Elle met les gouttes d'antibiotique dans son verre.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 07/05/18)

Cette étudiante de troisième année fait également vérifier son dosage d'insuline. Les soins les plus lourds de conséquences sont à soumettre à vérification, ce qui signifie soit dit en passant que les étudiantes doivent être capables de mesurer l'impact de leurs actes. Les étudiantes sont ainsi amenées à prendre des initiatives, mais elles ne sont pas tenues d'agir en toute liberté comme bon leur semble.

Elles doivent se plier aux pratiques des infirmières qu'elles suivent, il s'agit là d'un second comportement permettant de montrer « patte blanche ». Le conseil de cette redoublante aux anciennes aides-soignantes qui intègrent la formation lors du premier jour de formation rend compte explicitement de cette exigence :

Une redoublante explique à deux aides-soignantes qu'elles devront faire comme si elles ne connaissaient rien : « *Il faut enlever nos anciennes habitudes* ». L'une des filles intervient « *Après on les reprend.* » La deuxième année acquiesce, mais renouvelle son conseil : « *Là, il faut s'aligner à leur truc. C'est eux qui nous notent.* »

(Observation, 1^{er} jour de la semaine d'intégration, le 4/09/17)

Diverses situations observées en stage confirment une telle soumission aux manières de faire usitées. Cet étudiant de première année se trouve par exemple conduit à préparer les piluliers des résidents de l'EHPAD selon les usages de l'établissement à savoir en ouvrant les emballages des médicaments.

Serge qui est en train de désoperculer et de couper un comprimé dit : « *je devrais pas faire ça. Moi ça ne me choquerait pas si je faisais des découpages. Je désoperculerais au dernier moment. Si j'étais infirmier ici, je mettrais ça en place. Ici c'est à la bonne franquette. J'aime pas faire ça, c'est trop de responsabilités.* » Il souffle en coupant les médicaments.

(Observation, stage de fin de première année de Serge, EHPAD, le 29/05/18)

Une telle pratique entre en confrontation avec sa vision des choses qui découle d'un cours de pharmacologie reçu à l'IFSI dans lequel il a vu que les médicaments devaient être ouverts juste avant utilisation. Malgré sa désapprobation, Serge se plie à la pratique de l'établissement. Comme lui, les autres étudiantes enquêtées se gardent bien de manifester explicitement leur désaccord vis-à-vis des manières de faire des infirmières suivies. Lors d'une discussion informelle au cours de son stage de préprofessionnalisation, Alexis me confie qu'il fait attention à ses actions en tant que stagiaire, qu'il se « *contrôle beaucoup* » et « *ne s'autorise pas beaucoup de choses* »¹⁵⁷.

Cela n'empêche pas l'existence de pratiques de résistance de la part des futures infirmières face à ces situations. Les observations permettent d'en saisir quelques-unes. Serge m'explique par exemple avoir remplacé certains médicaments qu'il trouvait trop vieux sans le dire, car cette démarche allait à l'encontre des recommandations des infirmières en service.

Serge m'explique qu'il a jeté des médicaments hier des piluliers qu'il devait refaire alors qu'on lui avait dit de les garder.

(Observation, stage de fin de première année de Serge, EHPAD, le 29/05/18)

De son côté, Laura a eu recours aux leviers institutionnels en sa possession pour interroger une pratique qui la mettait mal à l'aise : les toilettes des patients sur les sanitaires.

« *Ouais, c'est choquant. Ouais, bah après y en a pour certains, c'est normal. Mais moi, ma maman, elle m'a toujours appris, parce qu'elle est un peu dans ce domaine-là et tout. [...] Donc moi j'en ai parlé à mon stage. Y en a qui me disent : bah c'est pour gagner du temps [rire] [Soupir] Génial... Y en a d'autres qui disent que c'est pour éviter les transferts parce que, vu qu'il faut les mettre sur les toilettes, mais euh... Ouais, voilà... Bah du coup, moi j'ai fait toute mon analyse sur ça, que bah par rapport à la pudeur et l'intimité, bah c'était pas forcément le mieux, que bah même par rapport à des raisons d'hygiène. Surtout que bah, on faisait pas que la toilette sur les w.c. à ma petite dame, on lui changeait son pansement du col du fémur sur les toilettes à ma petite dame. [...]*

– ***Et toi tu coup, ça t'es arrivé de devoir faire la toilette sur les w.c. ?***

– *Bah vu qu'elle avait pas d'autres sièges dans la salle de bain et qu'elles pouvaient pas tenir debout, bah, j'ai fait sa toilette sur les w.c.*

(Entretien avec Laura le 24/01/18, 1^{re} année, 19 ans,
mère : professeure de lycée professionnel, père : chef d'entreprise)

Cette étudiante de première année, sans remettre en cause explicitement la pratique, a interrogé les professionnelles sur son utilité. En outre, elle a choisi d'effectuer son analyse de situation

¹⁵⁷ Discussion informelle avec Alexis, étudiant en 3^e année, 36 ans, mère : animatrice en maison de retraite, père : boulanger.

sur ce point, ce qui lui a permis d'évoquer ces agissements avec une formatrice tout en respectant sa place de stagiaire.

Lors de leur stage, les étudiantes sont donc moins laissées totalement libres de leurs actes qu'incitées à être dans une autonomie contrôlée. Bien que ce fonctionnement soit très fréquent chez les stagiaires (Gasparini, 2008), il semble que dans la formation des infirmières, il puisse être vu comme le prolongement du cadre fort imposé au sein des IFSI et comme une préparation à ce que les étudiantes en soins infirmiers vont devoir faire en tant que professionnelles par la suite.

V.2.b De la domination hiérarchique à la domination professionnelle

Le comportement que les stagiaires adoptent vis-à-vis des infirmières fait en effet étroitement écho à celui des infirmières face aux médecins. Les observations en stage révèlent que la position professionnelle que les futures infirmières doivent s'approprier est largement marquée, encore aujourd'hui, par une domination médicale. Si elles ne dépendent plus hiérarchiquement des médecins, les infirmières étant depuis les années 1960 sous les ordres des cadres infirmiers (Toffel, 2018), il n'en demeure pas moins une persistance de la domination professionnelle qui vient borner leur activité d'infirmière.

Si l'on en croit les propos des infirmières sur le terrain, la collaboration horizontale entre infirmières et médecins est loin d'être évidente :

Camille la questionne sur les rapports avec les médecins. Valérie [infirmière] déclare « *Ah si parfois c'est difficile. Il faut pas croire* ». Elle lui explique que dès qu'il y a une demande qui vient de la part des infirmières, ils n'y font pas attention « *ils n'en ont rien à faire* ».

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 23/11/17)

Cette infirmière de chirurgie explique à sa stagiaire qu'en tant qu'infirmière leur point de vue n'est pas toujours écouté ni pris en compte. Cette autre infirmière en EHPAD confirme un tel rapport et le défend auprès de sa propre stagiaire :

Au moment de ressortir de la chambre, Marie-Charlotte [infirmière] se cache du médecin. Elle nous explique que le médecin « se la pète » et qu'« il ne les respecte pas ». L'aide-soignante l'interpelle dans le couloir et lui dit que le médecin la cherche et qu'il est accompagné d'un interne. Ils cherchent à avoir des nouvelles d'un patient. L'infirmière retourne dans la salle de soin pour voir le médecin

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 22/12/17)

Selon elle, les médecins adoptent une posture de supériorité et ne respectent pas les soignantes qu'elles sont. Loin de la parfaite collaboration égalitaire entre les infirmières et les médecins

que suggéraient l'analyse précédente, leurs propos laissent apparaître qu'une forme de hiérarchie professionnelle persiste actuellement malgré la collaboration identifiée.

Les étudiantes passées par les stages ressentent cette situation. Selon plusieurs d'entre elles, le rôle autonome des infirmières se trouve en partie entravé dans la réalité. Alison, étudiante en deuxième année m'explique lors de notre entretien, que la liberté leur incombant en tant qu'infirmière est limitée :

« Je ne voyais pas le rôle propre tant développé tu vois. [...] Puis en fait, elles ont une marge de manœuvre qui est quand même intéressante tu vois. Bon pas assez, peut-être pas assez développée non plus tu vois. Bon on est toujours obligée de se battre pour avoir une prescription, un truc comme ça. Et encore, quoi que ça, s'est amené à changer. »

(Entretien avec Alison le 15/01/18, 2^e année, 22 ans, mère : assistante familiale, père : chargé d'affaire)

Elle évoque l'idée de « marge de manœuvre » et de latitude laissée à l'infirmière, mais souligne dans le même temps que celle-ci n'est pas encore très développée et que les infirmières aujourd'hui doivent toujours « se battre » auprès des médecins pour pouvoir agir. Alexis¹⁵⁸, étudiant en troisième année se dit attentif aux « relations de domination » et met en exergue cette position : les « *médecins ont le contrôle de l'autonomie des infirmières* ». Il ressent toujours fortement l'existence d'une hiérarchie entre médecins et infirmières. Un point de vue que partage Shana :

« On est exécutante, enfin, le p'tit être qui exécute ce que les médecins veulent faire. C'est dommage, parce que tu vois dans cette formation, ils font tout pour nous dire : "bah nan, vous êtes pas simplement ça. Une infirmière, elle a ses propres compétences, ses propres domaines où voilà, on a besoin d'une infirmière". Mais en fait, à l'heure d'aujourd'hui, bah c'est pas vrai sur les terrains de stage quoi »

(Entretien avec Shana le 12/01/18, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Selon ces étudiantes, les médecins endossent toujours aujourd'hui un positionnement de superviseur par rapport aux infirmières.

Une telle impression qui transparaît des propos des enquêtés est corroborée par les observations en stage. Les médecins s'avèrent être décisionnaires en matière de traitement mis en place. L'observation des transmissions le révèle particulièrement.

Lisa, l'infirmière donne le nom du premier patient. Le médecin donne les informations sur le traitement à venir. L'aide-soignante souligne que ce matin, le patient espérait sortir pour Noël. Le médecin dit que ce ne sera pas le cas. Serge intervient pour dire que le patient dit qu'il ne peut pas marcher. Le médecin rétorque qu'il n'est pas d'accord et souligne qu'il faudra voir avec l'ergothérapeute comment il peut faire. [...] L'aide-soignante souligne qu'il ne marche pas tant que ça. Elle n'est pas écoutée non plus. Le médecin dit qu'il préférerait qu'elle marche puis

¹⁵⁸ Discussion informelle avec Alexis, 3^e année, 36 ans, mère : animatrice en maison de retraite, père : boulanger.

déclare : « *Moi, je la verrais bien à la maison.* » Madame Noblet dit qu'elle va voir avec les hospitalisations à domicile.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 30/11/17)

Ce sont les médecins qui ont le dernier mot. Comme les infirmières le disent à leurs stagiaires, l'avis des autres soignantes n'est pas toujours écouté.

D'ailleurs, les infirmières sont tenues de mettre en place les soins décidés par le médecin quoiqu'elles en pensent.

16h12 : Le médecin entre. Il annonce qu'il va défaire le pansement. En sortant, Flavia me confie que ce n'est pas le protocole du service. Elle laisse échapper un « *fait chiez* ».

(Observation, stage préprofessionnelle de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 9/05/18)

Dans cette scène, Flavia est énervée, car le médecin ne respecte pas le protocole du service et elle m'explique qu'elle n'approuve pas ce traitement, mais elle s'attache tout de même à appliquer l'instruction qui lui a été donnée. Comme sont amenées à le faire les étudiantes en position de stagiaires, les infirmières en poste et les stagiaires qui remplissent cette fonction sont tenues de mettre en œuvre les pratiques énoncées par le médecin.

Tout un pan de leur rôle consiste encore aujourd'hui en l'application de prescription médicale (Coudray, 2008) Les étudiantes en stage sont fréquemment confrontées à ce rôle.

Cette scène l'illustre parfaitement :

La médecin qui était tout à l'heure dans la salle des soins entre dans la chambre de la patiente. Elle regarde la plaie et prodigue des conseils à Lisa [l'infirmière]. Elle interroge la patiente, puis s'adresse ensuite à Lisa pour lui demander de faire sauter une croûte. Elle repart. Lisa va chercher le matériel pour effectuer le soin.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

Après sa visite auprès de la patiente, la médecin fait ses recommandations à l'infirmière et lui donne ses consignes pour l'application des traitements. Dans cet autre service, la situation est similaire. Le médecin orchestre le traitement :

14h : Un médecin entre dans la salle de soin. Il va voir une infirmière et lui dit qu'il a prescrit la morphine et d'autres médicaments si besoin. L'infirmière l'interroge sur la radiographie qui est prévue pour la même patiente. Le médecin lui dit de l'annuler. [...] L'infirmière dit à l'aide-soignante qu'ils mettront le pénilex avant de le sonder. Flavia prend en note cette information sur son planning de soin.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 7/05/18)

Le fonctionnement hiérarchique transparait ici. Le médecin s'adresse à l'infirmière pour lui signaler les éléments à mettre en œuvre. L'infirmière les planifie et les coordonne, puis donne

elle-même ses consignes à l'aide-soignante. La plaisanterie de ce médecin à la suite de la plainte de l'infirmière le confirme :

Le médecin et l'infirmière discutent. L'infirmière se plaint que les infirmières doivent tout faire. Le médecin en rigolant dit que c'est bien vrai, c'est bien leur rôle.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 22/11/17)

Aujourd'hui encore, les médecins considèrent que l'un des rôles des infirmières est de faire les « petites mains ». Cela n'empêche pas ces dernières d'avoir une certaine autonomie dans l'application de ces prescriptions et dans l'organisation de ces dernières (cf. première partie du chapitre), mais les actes qu'elles mettent en œuvre répondent au cadre fixé par le médecin ou la médecin.

Une telle situation les conduit à dépendre du rythme de ces derniers, à l'instar des stagiaires qui se plient au rythme des professionnelles. Dès qu'une prescription est fixée, les infirmières, comme les autres soignants et soignantes, ont en effet à modifier leurs activités en conséquence. Surtout que les consignes sont données par les médecins à tout moment de la journée de travail :

19h07 : Flavia regarde son ordinateur, de nouvelles prescriptions ont été ajoutées. Elle réagit : « *j'en ai marre.* »

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 7/05/18)

Alors que Flavia a commencé son service à 13 h et qu'elle a déjà de nombreuses fois vérifié et modifié ses soins, elle reçoit de nouvelles consignes à 19 h qui la poussent à devoir aller administrer de nouveaux médicaments alors qu'elle vient de terminer sa tournée et qu'elle s'approche de sa fin de journée.

Cette dépendance au rythme médical ne concerne pas seulement les soins soumis à prescription. Dans les faits, la pratique médicale est toujours priorisée, ce qui fait que le travail des infirmières est sans cesse repoussé :

16h37 : Flavia entre dans la chambre pour faire l'entrée de ce nouveau patient. Elle commence par expliquer qui elle est et annonce ce qu'elle va faire. [...] 16h47 : Le médecin entre dans la chambre pour faire lui-même son entrée. Flavia qui n'avait pas fini sort de la chambre. Elle me dit que ça l'agace. Elle retourne dans la salle des soignants et des soignantes. [...] Elle continue de manifester son agacement : « *ça m'énerve. C'est chiant. Je peux rien faire. Il y a plus qu'à attendre. Pfff, ça m'énerve.* ». [...] 17h : L'infirmière entre dans la salle. Flavia dit qu'elle ne peut pas finir, car le médecin est dans la chambre. L'infirmière commente : « *c'est chiant le métier, hein ?!* ». Elle rigole puis lui demande si elle a été voir la patiente en fin de vie.

(Observation stage préprofessionnel de Flavia, hôpital médecine polyvalente, le 9/05/18)

Lors de la réalisation de cet entretien d'entrée, Flavia est tenue d'interrompre sa tâche pour laisser la place au médecin. L'amusement de l'infirmière face à l'agacement de l'étudiante et

la remarque qu'elle lui lance permet d'entrevoir le caractère habituel d'une telle situation. D'ailleurs, plus tôt dans la journée, lors de la préparation d'un médicament, Flavia avait déjà été interrompue par un médecin.

Il y a des bulles dans sa perfusion et ça l'agace. Le médecin revient pour lui donner de nouvelles indications. Flavia va chercher l'aiguille. L'infirmière revient lui demander ce qu'a dit le médecin.

(Observation stage préprofessionnel de Flavia, hôpital médecine polyvalente, le 9/05/18)

Sans tenir compte de ce que les infirmières ou les futures infirmières sont en train de faire, et sans prendre le temps de s'excuser, les médecins donnent de nouvelles consignes de soins à mettre en œuvre. Flavia me confie d'ailleurs en entretien : « *un médecin qui attend l'infirmière, ça arrive pas souvent un truc comme ça* »¹⁵⁹.

L'ensemble de ces observations suggèrent que l'organisation du travail infirmier qui relève largement de la prérogative des infirmières (cf. première partie de ce chapitre) dépend largement de l'organisation du médecin.

Après un très long moment de tergiversation, le médecin se décide à poser le cathéter. Il n'était pas sûr jusqu'à présent. Il sort de la chambre après avoir donné les ordres aux personnels et personnelles qui attendaient depuis un moment ces instructions. Cinq minutes plus tard, alors que tout le monde prépare la pose du cathéter, le médecin entre de nouveau dans la chambre. Il arrête le soin, car le bilan d'hémostase n'a pas été fait. Les infirmières ne disent rien, mais elles nous révèlent ensuite au cours d'une discussion qu'elles n'en peuvent plus

(Observation, stage de préprofessionnalisation d'Alison, hôpital service unité de surveillance continue, le 12/06/18)

D'ailleurs, elles sont souvent en suspens face aux décisions médicales, comme lors de ce soin en unité de surveillance continue où pendant près d'une heure, les soignantes attendent les instructions, avant finalement que le soin ne soit interrompu.

Ainsi leur liberté d'action en matière de réalisation des actes n'est pas complète, pas plus d'ailleurs que leur capacité à transmettre les informations. Les infirmières se trouvent en effet tenues de jouer leur rôle d'intermédiaires dans le respect d'un cadre défini.

Un visiteur vient demander des nouvelles de la patiente comateuse. Flavia lui en donne, mais reste évasive. Elle donne peu d'éléments. Elle dit qu'il faut voir avec le médecin.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 8/05/18)

Elles n'ont pas exemple pas le droit de tout révéler aux patients. Les médecins sont ceux qui ont la prérogative de certaines annonces. C'est pourquoi, le plus souvent, les infirmières commencent par interroger les éléments connus par le patient :

Le patient demande le nom du médecin et ce qu'elle est en train d'injecter. Flavia commence son explication sur le médicament en disant : « *je ne sais pas si le médecin vous a dit...* ». Elle attend de

¹⁵⁹ Entretien avec Flavia, étudiante en 3^e année, 24 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil, 04/18.

voir ce que le visiteur sait et reste très vague quand il n'est pas au courant. « *Si ça ne marche pas, on refera des examens pour voir pour mettre un autre traitement en place* ».

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 8/05/18)

Cette situation l'illustre parfaitement, l'étudiante retourne la question au patient pour finalement n'apporter que des éléments vagues à ce dernier.

La pratique des infirmières apparaît donc toujours aujourd'hui fortement marquée par la domination médicale. Les observations en stages confirment les conclusions de la thèse récente de K. Toffel (2018) qui porte sur les infirmières en Suisse. Leur autonomie est largement bornée par les décisions médicales, notamment les prescriptions, mais aussi par la temporalité du travail médical ainsi que par les prérogatives octroyées par les médecins. Comme nous l'avons vu dans l'introduction générale de cette thèse, il s'agit bien aujourd'hui au cours de cette formation de transmettre une domination professionnelle, et non une domination hiérarchique. À celle-ci s'ajoute une autre forme de domination qui borne la pratique des infirmières.

V.2.c De la subordination médicale à la subordination légale

Les futures infirmières apprennent au cours de leur formation à agir dans le cadre des lois et des droits des patients, mais aussi des protocoles de soins édités par les établissements. Si une telle réalité n'est pas nouvelle, elle prend d'autant plus de place que leur activité est aujourd'hui pour une part exercée en autonomie (cf. Chapitre IV).

L'importance du cadre législatif est largement transmise au sein de l'institut de formation. Toute une partie de la formation consiste à expliquer aux étudiantes qu'en tant que professionnelles, elles sont tenues de respecter les lois régissant leur pratique.

« Vous êtes complètement encadrés par le juridique, derrière se cache la responsabilité. Il va falloir vous inscrire dans ce que vous avez le droit de faire et de ne pas faire ». Christelle [formatrice] rappelle qu'il existe des chartres du patient, de l'enfant hospitalisé.

(Observation, présentation de l'UE 1.3, le 26/09/17)

Cette formatrice l'explique aux premières années, même si certains gestes sont effectués en autonomie, elles vont devoir respecter la loi. Leur liberté n'est pas totale. Certains actes, certaines pratiques leur sont interdits (Coudray, 2008).

En plus de ce type de rappels, une part non négligeable des enseignements explicite le contenu des lois et brosse ainsi les contours de leur territoire d'action.

La salle évoque « les soins infirmiers ». Gwenaelle [formatrice] les définit à partir de la loi : article R. 4311-3. Elle projette cet article et le commente. La référence de l'article est notée en gras. Astrid feuillette son référentiel. Gwenaelle souligne que dans cette définition se retrouve toute la démarche clinique qu'elle récapitule.

(Observation, présentation d'une UI, le 14/09/17)

Gwenaelle [formatrice] dresse le portrait de la législation en vigueur. Un des garçons interpelle Gwenaelle pour qu'elle reprenne les différents axes du plan d'amélioration de 2007 qu'elle vient de donner. La formatrice revient sur ce qu'elle disait puis parle de la loi de 2009. Laura qui est à côté de moi énonce la signification des initiales à voix basse. 11h26 : Elle rappelle ce qui légitime l'infirmier. Elle mentionne le Code la santé publique en donnant le numéro précis de l'article (R4311-1,2 et 3) et l'Ordre national infirmier ainsi que la formation avec le référentiel.

(Observation, CM sur l'éducation thérapeutique, le 14/02/17)

À de nombreuses reprises, les formatrices font donc référence aux textes de loi et rappellent aux étudiantes l'existence du cadre hétéronome qui borne la pratique infirmière comme dans ces deux cours à l'IFSI.

En stage, celui-ci est peu rappelé, mais les infirmières insistent sur une autre facette de ce cadre exogène qui contraint la pratique des infirmières : les protocoles de soin. Il s'agit de descriptifs détaillés des différentes techniques et consignes qui doivent être appliquées dans le cadre de l'application d'un soin précis. Il arrive fréquemment avant un soin que les infirmières citent le protocole mis en œuvre.

9h30 : Amel [infirmière] vient le chercher pour qu'il enlève les agrafes. Elle lui demande ce qu'il a déjà fait et lui dit que pour ce soin, elle fait tout le temps un protocole bêta.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 28/11/17)

L'infirmière lui montre ensuite comment ouvrir un set de pansement. Elle lui annonce qu'ils vont faire un protocole bêta. [...] À la fin de la toilette intime, elle lui indique qu'il faut changer l'eau pour faire le dos. Elle lui rappelle le protocole.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/11/17)

La connaissance de ces protocoles est valorisée et soulignée comme importante. Les étudiantes passent donc une partie de leur stage à en prendre connaissance et ce d'autant plus, que ces derniers sont susceptibles de varier d'un secteur ou même d'un service à l'autre.

11h35 : Camille va jeter un œil au protocole des soins dans un classeur qui est dans la salle.

(Observation premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 20/11/17)

12h15 : Retour dans la salle. Serge remplit le bilan d'auto-évaluation puis regarde le protocole de soins. Il en imprime deux : un sur la surveillance des patients sous morphine et un autre sur la surveillance et l'entretien des cathéters pour périphériques.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 1/12/17)

En stage, comme à l'IFSI, les étudiantes apprennent donc que certains cadres exogènes viennent réguler leur pratique professionnelle. Si en tant qu'infirmières, elles ont une marge de

manœuvre indéniable dans la réalisation des soins, comme les médecins, elles sont tenues de respecter certaines lois et un certain nombre de démarches clairement identifiées.

À l'aune de ces constats, il est possible d'avoir une nouvelle lecture de la forte traçabilité à laquelle sont soumises les futures infirmières au cours de leur stage. Si celle-ci peut être lue comme précédemment comme un moyen de communication entre les membres d'une équipe soignante (*cf.* Chapitre IV), l'existence de ces écrits imposés aux infirmières constitue également possiblement un outil de contrôle du travail infirmier réalisé. Tout acte, tout médicament administré est en effet consigné sur un ordinateur. Chaque geste professionnel se trouve ainsi tracé. Cette traçabilité constitue une preuve de la bonne application des soins et sert d'outil de protection des soignants et des soignées en cas de litiges, mais il est aussi une source de contrôle quotidien des actions mises en œuvre par les infirmières.

Dans la lignée de la thèse défendue par B. Hibou (2012), les observations conduites au sein des stages montrent donc que les évolutions récentes du monde de la santé et notamment les renforcements des mécanismes du marché n'ont pas constitué une remise en cause de la hiérarchie et du management au sein de l'hôpital. Si les futures infirmières apprennent bel et bien à agir en autonomie, à prendre des décisions et à gérer leur travail, leur capacité d'action est bornée par un cadre hétéronome, ou « exogène » pour reprendre les termes de K. Toffel (2018). Elles sont non seulement contraintes par une subordination professionnelle qui persiste, mais également par la forte protocolisation des soins. En ce sens, les futures infirmières apprennent à adopter une posture d'infirmière plus discrétionnaire que libres : elles doivent être capables de choisir entre des alternatives, mais dans un milieu de dépendance (De Terssac & Maggi, 1996). Pour le dire autrement, leur degré de liberté est « adaptatif » (Rouvery & Tripier, 1973), les normes d'action ne sont pas entièrement fixées par les infirmières elles-mêmes (Dubois et al., 1976). Elles travaillent dans le cadre d'une « autonomie contrôlée » (Appay, 2005) plutôt que dans une régulation libre.

Nous allons voir maintenant que ce cadre s'articule et façonne un rapport au travail spécifique.

V.3 Une implication contrainte

Les futures infirmières éprouvent un fort sentiment de responsabilité et apprennent de manière concomitante à se rendre disponibles et à faire don de leur personne. Cette formation produit un rapport dévoué au travail. Non seulement elle façonne un engagement temporel en partie contraint par les conditions de travail, mais elle cultive un engagement corporel qui pousse les étudiantes à masquer leurs troubles de santé.

V.3.a Des futures infirmières investies par la responsabilité

Face à cette réalité du travail infirmier, les futures infirmières enquêtées éprouvent un fort sentiment de responsabilité

Plusieurs étudiantes interrogées insistent sur l'importante responsabilité qui leur incombe en tant qu'infirmière et dont elles ont pris conscience lors de leur formation clinique. Après leur premier stage, comme Mandy, elles sont nombreuses à mettre en avant ce point :

« J'trouve qu'on a quand même pas mal de responsabilités [...] Infirmière, il y a beaucoup de responsabilités. »

(Entretien avec Mandy le 23/10/17, 1^{re} année, 21 ans, mère : aide-soignante, père : aide-soignant)

L'emploi des quantificateurs « pas mal » et « beaucoup » montre le poids accordé par cette étudiante qui sort de PACES, à la responsabilité qui lui revient dans son rôle de stagiaire. Ce sentiment ne résulte pas uniquement de la non-connaissance du champ de la santé de cette étudiante. Des étudiantes ayant déjà travaillé dans ce domaine confient elles aussi avoir été surprises face à la prégnance de cette dimension dans le travail infirmier :

« Le poids de la responsabilité quand même. Ouais, ouais. Ça par contre, j'le savais, mais là, j'l'ai bien pris en mesure quoi. Tu vois, c'est... Voilà. [...] de préparer, de donner, que des fois, bah, faut quand même avoir pas mal de connaissances pour éventuellement repérer quand y a des conneries dans les prescriptions. Euh, faut... Voilà, faut quand même un peu être au top quand même. »

(Entretien avec Samantha le 6/02/18, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans, mère : agent de service, père : retraité)

Plusieurs expressions employées par cette étudiante traduisent l'exigence de vigilance et le risque que comporte le travail infirmier : « être au top », « repérer quand y a des conneries ». La question de la responsabilité est étroitement liée à celle de leur mission de soin.

« Tu peux tuer ton patient. [...] Tu travailles sur de l'humain, donc euh... C'est une responsabilité de travailler sur de l'humain. »

(Entretien avec Flavia en 03/17, 2^e année, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

En filigrane, ce qui est en jeu, c'est la santé des patients, leur vie et leur mort. La passation des questionnaires révèle d'ailleurs que les étudiantes sont une large majorité (91 %) à avoir le sentiment d'être responsables de la santé de leurs patients. À titre de comparaison, elles sont 94 % à penser que les médecins sont responsables de leur santé et 83,5 % à penser que c'est aussi le cas des aides-soignantes. Cela signifie qu'aux yeux des étudiantes, en tant qu'infirmières, elles ont en charge les patients, leur santé, mais aussi qu'elles sentent qu'elles doivent pouvoir répondre de leurs actes en cas de litiges. Quels que soient leurs profils, elles sont frappées par cette responsabilité qui leur est confiée.

D'ailleurs lors du retour collectif autour du film documentaire *De chaque instant* de N. Philibert (2018) qui présente la réalité de la formation en soins infirmiers, l'une des premières critiques faites par les étudiantes porte justement sur ce point :

« *Il ne présente pas assez les responsabilités qu'ils peuvent avoir par moment.* »

(Intervention d'une étudiante lors du retour sur le film *De chaque instant*, le 10/09/18)

Une étudiante intervient pour dire que le documentaire ne montre pas assez toute la charge qui pèse sur elle en tant qu'infirmière, idée partagée par toutes les étudiantes dans la salle. Le poids de la responsabilité reposant sur leurs épaules fait largement consensus.

Ce sentiment de responsabilité conduit les infirmières et futures infirmières à mettre en œuvre un engagement et une implication certaine dans leur rôle

V.3.b Une disponibilité façonnée

L'enquête conduite révèle que les étudiantes développent un rapport dévoué à leur travail.

Nous l'avons rapidement évoqué dans la première partie de ce chapitre, les futures infirmières sont régulièrement amenées à poursuivre leur travail même après la fin de leur journée. L'enquête par questionnaire révèle que pour une large part ces dépassements d'horaires sont le résultat d'un dévouement des stagiaires. Dans la plupart des cas (75,4 %), les étudiantes considèrent que ce sont elles qui ont choisi de rester. Seules 15,3 % déclarent que cela est le fait d'un ou d'une collègue et 8,3 % imputent la responsabilité à l'exigence d'un supérieur. L'avancement dans la formation ne change pas cette tendance. Les troisièmes années sont 66 % contre 67,8 % des premières années à déclarer être à l'origine de ces dépassements d'horaires et la part des étudiantes déclarant qu'il s'agit d'un ordre se maintient entre 7,6 et 7,8 % tout au long du cursus. Les fréquents dépassements d'horaires peuvent ainsi être lus, selon ces

déclarations, comme un indice du dévouement que les futures infirmières sont prêtes à mettre en œuvre au service de leur travail.

Les observations le confirment. Souvent les professionnelles proposent aux étudiantes de partir même si le travail n'est pas totalement terminé.

21h00 : Flavia a fini les transmissions. L'infirmière lui dit de partir. Elle prend en charge les transmissions du secteur 2 seule. Flavia la remercie et s'en va.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service médecine polyvalente, le 8/05/18)

Lors de cette journée de stage, l'infirmière propose par exemple à Flavia, qui a déjà dépassé de 30 minutes sa journée de partir. Certaines infirmières poussent même les étudiantes à ne pas dépasser du tout leurs horaires en leur rappelant que leur journée est terminée.

Serge m'explique qu'il est censé finir à 14h, mais que c'est l'heure de début des transmissions. On lui a dit qu'il pouvait partir, mais qu'il ne se sent pas de partir avant les transmissions. Du coup, il explique qu'il perd 30 minutes à chaque fois.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 27/11/17)

Cependant, comme le laissent entrevoir les propos de cet étudiant, les stagiaires ne partent pas pour autant. Serge explique que même si sa journée est terminée, il préfère ne pas quitter son travail.

Pour une majorité des stagiaires, une telle disponibilité à l'égard de leur activité professionnelle est inhérente à la fonction d'infirmière. Deux tiers d'entre elles approuvent ainsi cette idée (59,2 %). Elles sont seulement 5,2 % à envisager que c'est un abus et 1,5 % à dire qu'elles partent, quel que soit l'état de finalisation de leur travail. Plus d'un tiers (33,7 %) déclare d'ailleurs qu'en cas d'équipe incomplète, elles se rendront disponibles pour pallier les absences. Seuls 10 % pensent que ce n'est pas à elle de régler un tel problème et 0,2 % n'y prête pas attention.

Un tel positionnement en dit long sur la manière dont les futures infirmières sont prêtes à prendre de leur temps personnel pour finir les tâches qui leur incombent dans leur activité professionnelle et pour pallier les défauts de ressources humaines. Elle témoigne d'un rapport au travail dévoué puisque les futures infirmières se disent prêtes à empiéter sur le temps personnel pour leur travail.

Ce rapport spécifique au travail se trouve largement construit et entretenu au sein de la formation non seulement par le fonctionnement de l'institution et les remarques des infirmières en poste, mais également par l'important système de contrôle des absences.

Tout d'abord, le fonctionnement des emplois du temps dans cette formation habitue donc les futures infirmières à empiéter sur leur temps personnel ou du moins, à adapter leur

temps personnel à leur temps de travail, et ce, à la dernière minute. D'un côté, elles sont amenées à alterner entre différents temps. Les horaires des stages et ceux de l'IFSI sont distincts. En fonction de leur lieu de formation, elles se trouvent donc amenées à travailler sur des plages horaires différentes. Par ailleurs, lors de leurs stages professionnels, les étudiantes peuvent travailler du matin (6h30-13h30), de journée ou d'après-midi (13h30-20h30)¹⁶⁰. Les troisièmes années sont également potentiellement amenées à travailler de nuit (19h-7h). En outre, comme à l'IFSI, les horaires de stages sont connus tardivement. Les étudiantes en prennent connaissance uniquement au début de stage. Une telle organisation participe à façonner un rapport de disponibilité à l'égard du travail puisque les étudiantes sont tenues d'assister à tous leurs cours et à tous leurs stages. Si certains et certaines cadres de santé se montrent relativement compréhensifs et acceptent de changer les horaires des stagiaires, dans d'autres services, la latitude est moins grande. De telles pratiques renforcent la nécessité pour les étudiantes de se montrer adaptables et disponibles. Même si toutes ne sont pas directement touchées par ce type de situations, le fait même qu'elles existent permet d'imposer cette exigence de disponibilité puisque les étudiantes partagent entre elles leurs expériences.

À ces éléments structurels viennent s'ajouter les comportements et les discours des professionnelles rencontrées en stage. Les infirmières en poste viennent en effet conforter un tel apprentissage en rappelant constamment aux futures infirmières que leur activité professionnelle nécessite actuellement une flexibilité importante en matière d'horaires et d'emplois du temps. Ces dernières leur rappellent pour une part que l'alternance entre matin et après-midi est une réalité qui va les toucher en tant que professionnelle.

Une infirmière m'interpelle et dit : « *tu peux noter, l'infirmière n'a pas de vie personnelle.* » Elle nous explique qu'elles ont des changements d'horaires réguliers : matin et après-midi.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie, le 28/05/18)

Si, comme cette infirmière, elles insistent en partie sur l'impact de ce rythme sur leur vie privée, elles sont aussi nombreuses à parler de la fatigue que ce rythme génère.

Ils embrayent ensuite une conversation sur l'emploi du temps. Serge dit qu'il se plaignait des 12 heures quand il les pratiquait, mais qu'au final ils trouvaient ça moins fatigant. L'aide-soignante explique que ce rythme la fatigue. Elle raconte qu'elle travaille un week-end sur deux et qu'elle n'a qu'un jour de repos quand elle est de week-end et trois les autres fois.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 1/12/17)

Une partie d'entre elles évoque néanmoins un point positif, celui des horaires décalés qui permettent d'avoir du temps pour aller chercher les enfants ou les emmener à l'école, mais aussi

¹⁶⁰ Les horaires donnés ici sont ceux de l'hôpital enquêté. Ces derniers peuvent varier d'un établissement à un autre, d'un secteur à l'autre. Ils sont donnés ici à titre indicatif.

de faire les magasins à des horaires décalés. Au-delà, du caractère fluctuant inhérent à la division du travail qui instaure un roulement entre les infirmières du matin, de l'après-midi et de nuit, les infirmières insistent auprès des étudiantes sur le fait que leur emploi du temps ne va jamais être fixé longtemps à l'avance.

Valérie [infirmière] cherche ensuite à aller faire une photo du planning horaire. Christelle [une autre infirmière] commente « *Tu t'exposes à des gros changements.* » Elle suggère « *A la rigueur pour le mois qui vient.* »

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 23/11/17)

Cette conversation conduite devant l'étudiante montre à cette première année la faible visibilité qu'elles ont. Cette autre infirmière revient plus directement sur cette question avec Serge lors d'un déjeuner.

Carla [infirmière] nous raconte qu'elle a eu des problèmes au début de son insertion dans ce service. Elle a été convoquée par la cadre, car une collègue avait noté et divulgué certains problèmes. Elle parle aussi des changements d'emploi du temps.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 28/11/17)

Au détour de ce type de conversations, les professionnelles laissent ainsi entrevoir les variations nombreuses de leurs temps de travail (Lefavre, 2006 ; Molinier, 2009). L'évocation fréquente de ces questions vient rappeler aux étudiantes le rythme singulier qui va s'imposer à elles en tant qu'infirmière et participe ainsi à le rendre habituel.

Ces dernières se l'approprient d'autant plus qu'elles constatent que les infirmières en poste manifestent elles-mêmes la disponibilité temporelle qu'elles évoquent. Parfois à l'occasion de changement d'emploi du temps de dernière minute, comme dans ce service en chirurgie où l'infirmière suivie finit par accepter le changement après s'être en premier montrée réticente :

Vanessa, la cadre du service vient demander à Valérie, l'infirmière, si elle est d'accord pour changer d'emploi du temps et passer du matin lundi. Valérie ne dit pas non, mais précise que ce n'est pas oui non plus. Vanessa va voir auprès d'autres collègues si elles peuvent.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 23/11/17)

Plus souvent à l'occasion de dépassements d'horaires qui s'avère fréquent selon cette infirmière :

Les infirmières discutent des changements de dernière minute qui ont parfois lieu. Valérie raconte que Vanessa, la cadre, l'a appelée ce matin pour lui proposer de passer du week-end cette semaine. Elle explique également qu'on l'a placée du matin alors qu'elle était du soir demain. Elle enchaîne en soulignant que l'autre jour elle a terminé son service à 19h30 au lieu de 19h. Christelle, l'autre infirmière commente : « *Moi, je trouve qu'on n'est pas censée faire des heures supplémentaires à 19h. Déjà, c'est tard.* »

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 23/11/17)

Même si les infirmières déplorent cette réalité, elles s’y plient. À l’instar de ce qui se passe pour les cadres (Cousin & Mispelblom Beyer, 2011) ou d’autres professionnels et professionnelles, ce n’est donc pas seulement leur planification du travail qui organise l’activité, mais le flux lui-même.

Ainsi, la disponibilité temporelle se construit aussi en partie par contact avec les pairs.

« Ouais, je ne sais plus c’était quand. Je ne sais plus si c’est cette semaine. Ouais, si, je crois que c’est cette semaine, bah si tu veux, l’infirmière, elle n’a pas pris de pauses, bah moi, je n’ai pas pris de pause non plus. Parce que bah, je dis « Je préfère l’aider, tu vois ». Et on est beaucoup à ne pas prendre de pause, hein, quand on a les patients en charge et que, bah voilà, on est débordé, bah on ne prend pas de pause. Parce que bah c’est... On veut que tout soit fait et en plus on se dit : bah il vaut mieux qu’on termine à l’heure que terminer plus tard. » Et après, tu te reposes après quoi. »

(Entretien avec Flavia en 03/17, 2^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d’accueil)

Les pratiques des professionnelles conduisent les futures infirmières à faire preuve de cette disponibilité à l’égard de leur travail. Au-delà de cet empiétement sur leur temps personnel, ce rapport dévoué au travail prend la forme d’un engagement corporel.

V.3.c Un engagement corporel

La disponibilité à l’égard de leur travail est telle que les futures infirmières mettent de côté leurs besoins personnels et leurs « troubles de santé » (Darbus, 2020)¹⁶¹ pour pouvoir accomplir leur travail.

Les futures infirmières n’hésitent pas en premier lieu à bouleverser leur alimentation tant au niveau des horaires que du contenu des prises alimentaires.

Maïna va fumer puis retourne travailler. Elle ne mange pas.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/12/17)

Certaines, comme Maïna, ne mangent pas du tout pendant leur stage. D’autres, comme Camille et Flavia, grignotent.

Camille me dit qu’elle a du mal à manger le midi, car elle prend sa pause tard dans la matinée. Elle m’explique que le matin, elle ne déjeune pas avant de venir.

(Observation premier stage de Camille, hôpital service chirurgie, le 21/11/17)

« J’avais trop la dalle [...] J’ai mangé vite fait, mais euh... Moi, j’ai pas eu le temps de m’arrêter ce matin... J’ai eu des pres[criptions] au dernier moment, et du coup c’était chiant parce qu’il était déjà 11h »

(Entretien avec Flavia en 04/18, 2^e année, mère : secrétaire, père : hôte d’accueil)

¹⁶¹ À l’instar de ce que proposent d’autres sociologues (Darbus, 2020), nous parlons ici de « troubles de santé » pour désigner à la fois les troubles biologiques, physiques et les troubles psychologiques.

Ce comportement tient à l'importance de la charge de travail qui les pousse à prendre une pause tardivement, voire à ne pas prendre de pause du tout. D'ailleurs, tout comme ils compriment leur alimentation, les étudiantes mettent de côté leurs besoins physiologiques.

« Il y a des choses, on fait peut-être moins attention à certaines choses, par exemple ouais, il y a des moments donnés où tu ne vas pas autant aux toilettes quoi. Tu fais ton service toute la journée, tu ne vas pas aux toilettes du tout alors que tu as envie de faire pipi. [...] Ah ouais, ouais, ouais. Quand tu cours de partout, tu dis : « Bah j'ai plein de trucs à faire, je n'ai pas le temps, et bah voilà. ». Ouais, ça peut nous arriver même de ne pas prendre de pause, alors que... »

(Entretien avec Flavia en 03/17, 2^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

Leurs corps se trouvent ainsi mis au service de leur travail. À l'instar de ce que montrent plusieurs recherches à propos de la culture somatique des travailleurs des catégories populaires et des classes moyennes notamment (Boltanski, 1971; Denave & Renard, 2015; Schwartz, 1990), le corps tend à être traité comme un « outil » (Bertrand, 2012).

Comme ces catégories de travailleurs, les futures infirmières manifestent un éthos de l'endurance (Darbus, 2020). Les observations en stage montrent comment ces dernières taisent leurs troubles corporels. Plusieurs étudiantes en stage préprofessionnels souffrant de mal de dos ont masqué aux patients, mais aussi à leurs collègues leurs douleurs.

Alexis raccompagne un patient. Au retour quand on est seul, il me confie qu'il a mal au dos.

(Observation stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

La patiente n'arrive pas à décrire ce qu'elle a. Flavia lui demande si elle est douloureuse. Elle lui prend sa tension. Flavia grimace. Elle a mal au dos. Elle me confie en sortant qu'elle pense qu'il s'agit d'un lumbago.

(Observation stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 7/05/18)

Les stagiaires observées effectuent leurs gestes professionnels sans se préserver. Malgré les douleurs ressenties, les soins prodigués ne sont pas impactés. Les stagiaires continuent de porter les patients, de refaire les lits, de manipuler leurs corps lors de la réalisation de pansements, des toilettes, de la prise de constantes... Les troubles corporels sont largement tus et invisibilisés par les étudiantes alors même que leurs corps est fortement mis à contribution.

Une telle réalité ne touche pas que les étudiantes. Comme en témoigne cette discussion entre professionnelles de santé, ces douleurs sont une réalité banale du travail infirmier :

Les infirmières sont en train de parler d'une nouvelle kinésithérapeute qui est en arrêt maladie depuis sa titularisation. L'une d'elles commente « *Nous nos dos, nos épaules, nos genoux... Tu sais, si on se fait mal aux genoux au sport, c'est qu'on est usées.* »

(Observation premier stage de Camille, hôpital, service chirurgie, le 27/11/17)

Les infirmières en service en font part, comme ici, à plusieurs reprises, mais sans pour autant s'en plaindre. Au contraire, leur discours laisse plutôt transparaître une certaine acceptation et abnégation, comme si ces dernières les considéraient comme inhérents à leur travail. Si dans les exemples précédents, ce sont essentiellement des troubles corporels qui ont été évoqués, il en va de même pour les troubles psychiques. Les étudiantes ont peu fait mention explicitement des situations difficiles à vivre psychiquement, sauf lors de mes questionnements.

Loin du rapport au corps conscientisé et sensible aux différents troubles de santé des « classes moyennes supérieures » (Boltanski, 1971 ; Bué et al., 2007), ce qui est façonné dans ce cursus c'est une abnégation de soi au service du travail, ou pour reprendre l'expression d'O. Crasset (2017) « un éthos de l'acharnement ». La formation produit un engagement personnel et surtout physique au service du travail.

Si celles qui exercent ce travail en arrivent à cette posture, c'est pour diverses raisons. D'un côté, cette posture est liée à l'urgence temporelle qui s'impose aux professionnelles sur le terrain (Acker, 2005 ; Belorgey, 2010 ; Juven et al., 2019). Shana l'explique en entretien, le rythme important imposé aux infirmières rend difficile le dialogue avec les autres professionnelles lors des stages :

« Sur les terrains de stage, ils n'ont même plus le temps de nous encadrer, donc tu vois. Tu le vis forcément mal quand t'as même pas le temps d'expliquer. Bah là, cette situation me rend mal. Elle, bah voilà, elle me touche au plus profond de moi. »

(Entretien avec Shana le 12/01/18, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

En tant que stagiaires, les étudiantes se trouvent confrontées à des situations difficiles dont elles ne peuvent pas parler.

Or, si à l'IFSI, des dispositifs d'échange sont prévus, les étudiantes ne les utilisent que peu. Les discussions informelles avec plusieurs étudiantes permettent de comprendre pourquoi.

Elles m'expliquent que parler des conditions de stage ne se fait pas et que c'est « sanctionné soit par l'IFSI soit par le stage. »

(Discussion informelle le 1/03/17 avec Justine et Guiliana)

Les filles m'expliquent que c'est parfois dur et qu'elles ne peuvent pas se plaindre « *On en est venues à la conclusion que si ça se passait mal, il fallait se taire et garder ça pour soi* », « *Ils nous disent que si ça ne va pas, il faut leur dire, mais après ils ne te valident pas et tu t'en prends plein la tête.* » Elles me rapportent des expériences où elles se sont vu critiquer et remettre en cause par les formatrices ou les personnes du service.

(Discussion informelle le 1/03/17 avec Flavia, Louise et deux autres étudiantes de 2^e année)

Aussi occasionnelles soient-elles, ces expériences contribuent à générer de la méfiance de la part des étudiantes à l'égard de ces dispositifs. Les étudiantes extériorisent dès lors peu leurs

troubles et leurs difficultés, et ce d'autant plus qu'en stage, elles sont peu en contact avec leurs pairs en formation. À l'occasion de leur formation clinique, les étudiantes en soins infirmiers se retrouvent en effet relativement isolées, comme l'explique Enrick :

« Bah moi, j'ai essayé de garder des contacts, ouais. Des moments où j'étais un peu dans le doute et tout, j'ai envoyé un mail aux collègues [rire] : Vous en êtes où de votre stage ? Moi ça, moi ça. Puis des fois, t'as quelques retours quoi. Parce que c'est vrai que quand t'arrives en stage, en fait t'es en promo pendant deux mois, puis d'un seul coup, tu es tout seul quoi. Moi j'ai besoin de communiquer, d'avoir des retours [...] Savoir si ce que tu vis c'est normal, c'est pas normal... »

(Entretien avec Enrick le 17/01/17, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans,
mère : secrétaire, père : chauffeur)

Les stagiaires sont réparties le plus souvent dans des services et des secteurs différents, voire dans des établissements distincts. Leurs horaires de stages varient, de sorte qu'elles travaillent parfois en décalage et qu'il est difficile pour elles d'échanger. Elles se trouvent ainsi confrontées à la « solitude » au cours de leurs stages, comme dans d'autres formations en alternance :

Justine insiste sur le fait que c'est un moment de solitude qui n'est pas toujours facile à vivre.

(Discussion informelle le 1/03/17 avec Justine, 2^e année, 21 ans,
mère : agent d'accueil sécurité, père : contrôleur peinture)

Cette atomisation décrite par Justine, étudiante en deuxième année pousse les étudiantes à un repli sur elles-mêmes.

Cette situation est loin d'être évidente et plusieurs d'entre elles expliquent qu'elles tiennent le coup grâce au soutien de leurs familles, parents ou conjoint.

Guiliana m'explique qu'en première année, à l'issue d'un de ses stages, elle s'est posé beaucoup de questions et que si sa famille n'avait pas été là, elle aurait probablement arrêté.

(Discussion informelle le 1/03/17 avec Guiliana, 2^e année, 22 ans,
mère : assistante familiale, père : ouvrier agricole)

« Ah ouais, nan, je m'en rappellerai [du premier stage] [...]

– Et du coup, tu as réussi comment à passer au-dessus, enfin à te dire : ok, c'est pas grave, je continue, parce que tu disais que tu étais à deux doigts d'arrêter.

– Bah mon environnement quand même, monsieur [son conjoint] en l'occurrence [...] Bah ouais, parce que j'attendais qu'une seule chose, c'est euh... Enfin bon, j'arrêtais pas de me plaindre, je pleurais, machin. Tout le monde, même certaines copines, limite en me voyant : « mais la tête que t'as. » Mais j'étais, mais euh. Oh...Voilà quoi, c'était pas. Et donc j'ai quand même fait peur à tout le monde. [...] Après à un moment donné, j'ai parlé à Étienne, j'ai dit, mais non, c'est pas grave, je vais faire une interruption de formation, le temps que les petits, ils soient un peu plus grands, d'ici un an, j' reprendrais et tout. Ah bah, c'était hors de question. [rire] Tu vas continuer à trimer. [...] Puis, il me dit tu crois quoi, les études, c'est pas facile hein, c'est...rien n'est facile. Voilà, mais c'est vrai, il m'aurait dit : bah écoute chérie, c'est toi qui vois, c'est ta décision. Oh bah là, je m'y serais engouffrée là-dedans. »

(Entretien le 6/02/18 avec Samantha, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

Que ce soient des étudiantes ayant l'habitude du monde de la santé ou des étudiantes néo-bacheliers, l'influence des proches apparaît comme non négligeable.

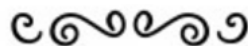
L'enquête qualitative révèle qu'il en va de même pour les troubles d'ordre corporel, l'endurance et l'invisibilisation de ces derniers dans la sphère professionnelle résultent d'une contrainte. Cette discussion avec des étudiantes de deuxième année le suggère : si les stagiaires évitent de prendre leurs congés maladie ou se montrent résistantes aux douleurs corporelles, c'est en partie pour ne pas voir leur formation clinique invalidée.

Shana explique qu'elle n'a pas pris son arrêt de travail complet. Ce dernier était d'un mois, mais elle a repris le travail quelques jours après son opération malgré la douleur. Quand je lui demande pourquoi, elle m'explique que sinon elle aurait dû rattraper son stage et que pour la formation, elles n'ont pas le droit à loucher plus de 20 % du total. Inès intervient pour me dire : « *Bref moins tu loupes, mieux c'est.* ». Chacune des filles explique qu'elle a déjà été en stage ou en formation en étant complètement malade puis elles reviennent ensuite sur leurs rares arrêts qu'elles ont été contraintes de prendre parce qu'elles ne tenaient plus debout.

(Discussion informelle le 6.06.17 avec des étudiantes de deuxième année,)

Elles continuent de travailler pour ne pas devoir rattraper leur stage en cas d'absences trop longues. Le cadre strict et le système de contrôle des présences (*cf.* Chapitre I) les conduisent ainsi à apprendre à travailler malgré la douleur et la fatigue corporelle.

Ainsi le cadre de cette formation conduit les étudiantes à développer un rapport dévoué à leur travail qui passe par une disponibilité et un engagement corporel.



L'analyse du positionnement social transmis aux futures infirmières en stage permet de mettre en évidence deux éléments.

Sur le plan de l'étude de la formation en soins infirmiers tout d'abord, il apparaît à l'aune des constats établis une certaine correspondance entre le discours et le fonctionnement institutionnel de l'IFSI d'une part, et le discours des professionnelles et le contexte des stages d'autre part. Au-delà des divergences mises en évidence dans plusieurs recherches (Eyland & Jean, 2016 ; Rothier-Bautzer, 2012), il s'avère que la socialisation produite au cours de cette formation est relativement uniforme que ce soit en matière de dispositions générées ou de positionnement social inculqué. Les deux espaces de formations véhiculent et mobilisent une pluralité de savoirs qui dépasse le seul *care*. En outre, ils valorisent et font appel à une certaine autonomie et adaptation des étudiantes tout en instituant un cadre hétérogène qui contraint leur autonomie.

Sur le plan du travail infirmier ensuite, l'analyse qui précède permet de montrer que les futures infirmières doivent apprendre à mener un travail qui se caractérise par une polyactivité et une forte composante relationnelle. Ni dirigeantes ni exécutantes, elles sont conduites à être dans une position d'autonomie contrôlée au sein de leur travail et dans une position « discrétionnaire » (De Terssac & Maggi, 1996). Les étudiantes ont à prendre conscience des marges de manœuvre et du pouvoir qu'elles auront en tant qu'infirmières tout en apprenant à se plier au cadre fixé par la domination professionnelle persistante et la domination légale de plus en plus prégnante. Ces éléments et les constats établis jusqu'alors, permettent de prendre conscience que les infirmières adoptent aujourd'hui les grands traits caractéristiques des professions que l'on recoupe sous les expressions « classe moyenne salariée » ou « classe moyenne du public » (Benguigui, 1990 ; Benguigui & Monjardet, 1978 ; Bidou, 1984 ; Bidou et al., 1985 ; Bidou-Zachariassen et al., 1983) : polyactivité avec importance du relationnel (Bouffartigue, 2000), stratégie de distinction symbolique, profession nouvelle liée au développement des services étatiques, marge de manœuvre et de pouvoir dans leur travail, positionnement entre l'exécution et les positions des dirigeants, style de vie distinct de la classe dirigeante et des ouvriers, orientation professionnelle et politique orientée vers la défense du corporatisme... (Bidou-Zachariassen, 2004 ; Lechien, 2013).

Les infirmières sont donc aujourd'hui davantage préparées à un poste appartenant aux « classes moyennes salariées » ou « classes moyennes du public » (Benguigui, 1990 ; Bidou-Zachariassen, 2004) qu'à un poste de subalternes (Siblot et al., 2015). Si ces expressions ont été retenues, et non les termes « nouvelles classes moyennes salariées » (Bouffartigue, 2000 ; Grunberg & Schweisguth, 1983) ou « petite bourgeoisie nouvelle » (Bourdieu, 1979) c'est que la lecture en matière de « petite bourgeoisie nouvelle » ne permet pas entièrement de mettre en avant l'autonomie et la culture propre de la population étudiée, puisqu'elle insiste sur l'alliance entre « petite bourgeoisie nouvelle » et « bourgeoisie nouvelle ». De son côté la lecture en termes de « nouvelles couches moyennes salariées » occulte la notion de domination et insiste exclusivement sur les vertus novatrices et altruistes de cette population (Bidou-Zachariassen, 2004 ; Lechien, 2013).

Ces constats appuient finalement l'idée que les institutions d'enseignement participent au positionnement des étudiantes (Depoilly, 2018 ; Palheta, 2012a) et éclairent l'étude des « classes moyennes salariées » (Benguigui, 1990 ; Bidou, 1984 ; Bidou et al., 1985 ; Bidou-Zachariassen et al., 1983 ; Bouffartigue, 2000 ; Bourdieu, 1979 ; Grunberg & Schweisguth, 1983 ; Serre, 2009).

Chapitre VI

L'espace des conditions de stages

La formation clinique des infirmières prépare les étudiantes à mobiliser autant des savoirs liés au *care*, qu'aux cultures scientifique et technique. Les futures infirmières sont conduites à mettre en œuvre un rôle d'expertes, de coordination et de logistique pour organiser pratiquement les soins, mais aussi pour participer à l'élaboration d'un diagnostic et d'un projet de soins en complémentarité avec les autres professionnels et professionnelles de santé, tout en respectant le cadre exogène fixé par la domination professionnelle et la domination légale. Cette réalité dépeinte dans les chapitres précédents atteste une cohérence dans la formation émanant des deux espaces de formation (IFSI et stages).

Néanmoins nous l'avons rapidement évoqué précédemment, la formation clinique se déroule dans des lieux de stages variés. Se pose dès lors la question de savoir si tous les stages permettent de conforter avec la même intensité les dispositions et les savoirs transmis au sein de l'IFSI. Existe-t-il une déclinaison des dispositions attendues selon les lieux de stage ?

La thèse de L. Girard (2018) apporte une première réponse à cette question. Elle montre comment le parcours de stage, et notamment le stage préprofessionnel vient expliquer la fabrication de « professionnelles en particulier ». Ce constat suppose qu'il existe des divergences au sein des stages puisque les lieux de stages côtoyés ont une importance dans la construction de l'identité professionnelle et permettent de comprendre comment ce cursus façonne des professionnelles distinctes. Néanmoins, comme de nombreux travaux sur les infirmières (Cheyrouze & Barthe, 2018 ; Eyland, 2017 ; Mougeot, 2019 ; Paillet, 2007), L. Girard (2018) centre son enquête sur un seul service, un service de rééducation, ce qui ne lui permet que peu d'aborder de manière approfondie les déclinaisons spécifiques de chaque secteur et service. Pour prolonger le travail de L. Girard et les recherches sur cette question, le présent chapitre entend explorer les singularités de chaque lieu de stage enquêté, moins dans la

perspective de proposer une liste exhaustive des spécificités de chaque secteur et service, que dans celle de mettre en évidence certaines divergences de socialisation lors des stages.

Après avoir rendu compte de ce qui se joue à l'hôpital, le développement qui suit reviendra sur les unités de vie (FAM et EHPAD), puis la psychiatrie. L'analyse comparée de différents lieux et services dans lesquels les étudiantes sont envoyées en stage permet en effet de faire ressortir les grandes spécificités de chaque secteur, révélant ainsi que les étudiantes n'y cultivent pas les mêmes dispositions, ou plutôt n'y réactualisent pas avec la même intensité les différentes dispositions transmises au sein des instituts de formation. Certains secteurs et domaines sont plus techniques alors que d'autres mettent davantage en œuvre les compétences interactionnelles ou liées à la culture scientifique. Un constat qui permet de supposer que le parcours de stage et plus encore le stage de préprofessionnalisation¹⁶² sont particulièrement déterminants dans l'actualisation des dispositions professionnelles. Dans la lignée de la thèse de L. Girard (2018), ce chapitre montre donc comment cette formation participe à façonner des professionnelles « en particulier ».

Le découpage opéré dans ce chapitre et les rapprochements entre les secteurs tiennent moins compte du découpage opérant dans le monde de la santé que des structures d'emplois et de temps de travail repérés lors des observations, et notamment lors de l'analyse quantitative des emplois du temps des étudiantes (cf. Chapitre IV, p. 252). Ont en effet été regroupés entre eux, les lieux de stage offrant aux étudiantes la même proportion d'activités ayant le même contenu.

¹⁶² Il s'agit du stage de fin d'études qui se déroule à la fin de la troisième année. Ce stage est le plus long de la formation, il dure 15 semaines. Les étudiantes choisissent le plus souvent une spécialité ou un secteur en lien avec leur projet professionnel.

VI.1 L'hôpital, lieu de haute technicité et de collaboration interprofessionnelle¹⁶³

Commençons cette analyse en revenant sur le lieu de stage le plus fréquenté qui s'avère aussi être le lieu d'exercice le plus fréquemment envisagé par les étudiantes¹⁶⁴: l'hôpital. Ce lieu accueille une part importante de la formation clinique des infirmières. Les étudiantes y effectuent plusieurs stages dans différents services hospitaliers. Malgré leurs disparités, ces derniers s'avèrent avoir de nombreux points communs : un rôle infirmier similaire, des tâches au contenu proche et un rapport au temps sous contraintes. La structure des services ainsi que les patients accueillis en font un espace de formation où les stagiaires cultivent de manière privilégiée des compétences liées au travail d'équipe et à la technique. Cependant, chaque service a ses spécificités et offre des déclinaisons particulières du travail hospitalier.

VI.1.a Un travail collectif autour du projet de soins

L'analyse comparée des différents stages enquêtés en milieu hospitalier permet de prendre conscience que ce secteur de soin est un lieu où les étudiantes infirmières apprennent particulièrement à entretenir une collaboration interprofessionnelle.

A priori, cet espace de travail est fortement marqué par un système de hiérarchisation professionnelle tangible entre les différents membres de l'équipe soignante. Le code vestimentaire rend particulièrement visible le statut de chacun : aux médecins et aux cadres les blouses, aux infirmières et aux aides-soignantes les pantalons et tuniques, chacun ayant une couleur ou un liseré reconnaissable ainsi qu'une étiquette indiquant sa fonction (Francequin, 2008). Une telle distinction des membres en fonction de leur statut ne s'accompagne pas pour autant d'une séparation stricte.

Les différents types de professionnels et professionnelles entretiennent au contraire des relations fréquentes (Arborio, 2012). L'analyse des emplois du temps des stagiaires révèle que, comme ailleurs dans le monde de la santé, une part importante de leur travail consiste en des réunions d'équipe interprofessionnelles. Les étudiantes observées y consacrent entre 10 et 15 % de leur journée. S'il ne s'agit pas là d'une amplitude particulièrement prégnante au regard des

¹⁶³ Si le terme « interprofessionnel » a été retenu dans ce chapitre et non celui de « pluriprofessionnel », c'est qu'il va plus loin et permet d'évoquer l'idée de synergie, d'intelligence collective émanant des compétences des différents professionnels et des différentes professionnelles mises à disposition des patients.

¹⁶⁴ Plus de 70 % des étudiantes enquêtées s'y projettent. Ce chiffre est issu de la passation des questionnaires aux 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers du Département administrés en 2017/2018.

autres lieux de stages, l'une des spécificités de l'hôpital est qu'il confronte les infirmières non seulement aux médecins, mais aussi à d'autres professionnels et professionnelles paramédicaux comme les kinésithérapeutes ou les ergothérapeutes ainsi que les aides-soignantes, et ce, de manière régulière. Cette confrontation, nous venons de le dire est le fait d'entrevues planifiées. Ces entrevues se déroulent alors soit en équipe complète soit seulement avec une partie des professionnels et professionnelles de santé : médecins et infirmières, ou aides-soignantes et infirmières par exemple. Comme explicité dans le chapitre précédent, lors de ces temps, tous les soignants et toutes les soignantes participent avec leur expertise à l'établissement du projet de soins des patients.

À ces temps formels relativement fréquents s'ajoutent à l'hôpital de nombreux échanges plus informels :

15h34 : Elle retourne voir Valérie [l'infirmière] qui est dans la salle de soin. Cette dernière est en train de discuter avec la kiné.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 24/11/17)

Les différents professionnels et professionnelles échangent les uns avec les autres pour discuter d'un cas, vérifier des informations, etc. Ces discussions ont fréquemment lieu comme ici dans la salle de soin. L'existence d'une salle commune dans laquelle les différents professionnels et les différentes professionnelles viennent chercher les informations favorise la survenue de ce type d'échanges, tout comme l'espace de travail partagé. Ils s'entrecroisent en effet fréquemment dans le couloir ou dans les chambres des patients, suscitant ainsi des espaces de parole potentiels.

8h12 : Dans le couloir, un médecin regarde l'ordinateur. Il demande à l'infirmière comment vont les patients.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 21/11/17)

Alison me le confie en entretien lors de sa deuxième année, ce point l'a d'ailleurs particulièrement surprise à l'hôpital :

« Ça m'a un peu surprise tu vois. Puis après, c'est surtout l'infirmière, tu sais, la place centrale qu'elle a, tu sais, à l'hôpital en fait. [...] A chaque fois on vient chercher l'infirmière tu vois. L'aide-soignant cherche l'infirmière, le médecin cherche l'infirmière, enfin tout le monde. Les patients, ils vont aller voir l'infirmière. »

(Entretien avec Alison le 31/05/17, 2^e année, 22 ans, mère : assistante familiale, père : chargé d'affaire)

Elle associe à ce rôle de coordination et d'intermédiaire transactionnel une « place centrale » au point de mettre « médecin » et « aide-soignant » sur un même plan de dépendance à l'infirmière.

C'est d'ailleurs dans ce lieu de stage que les infirmières se sont montrées les plus proches des aides-soignantes.

D'une part, elles sont amenées à échanger fréquemment en raison du partage de l'espace de travail. Dans les différents services hospitaliers enquêtés (médecine polyvalente, unité de soins continus, gériatrie, chirurgie), infirmières et aides-soignantes travaillent en partie dans une même salle de soin composée le plus souvent d'un coin ordinateur, d'un lieu d'affichages synthétisant la composition des chambres, de lavabos, de placards de médicaments, mais aussi de tables vides disposées au centre. Cette salle leur sert pour leurs transmissions et leur travail administratif, mais aussi pour leurs pauses, ce qui fait qu'elles y passent une importante partie de leur temps. Un tel fonctionnement les conduit sans cesse à discuter entre elles, à mettre en œuvre une « coopération ordinaire » (Grosjean & Lacoste, 1999). L'organisation même de l'espace de travail participe donc à façonner ce partenariat entre ces deux types d'actrices de la santé.

Cette coopération ordinaire est renforcée par la ressemblance des tâches qui leur incombent. Tout d'abord, à l'hôpital, ces professionnelles débutent et finissent leur journée par un temps de transmission commun.

14h17 : L'infirmière lui fait signe que ça va être bon. Deux infirmières et deux aides-soignantes sont présentes ainsi que Flavia. Elles sont toutes devant un ordinateur. L'infirmière fait ses transmissions.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 07/05/18)

6h40 : L'infirmière de nuit entre dans la salle. Début des transmissions du secteur de Samantha. À la fin, une des aides-soignantes dit « *Elles sont nulles tes entrées ! Nulles.* » L'infirmière approuve et complète « *J'suis d'accord. On est vachement branchés caca et problèmes respi.* » 7h12 : Fin des transmissions. Une aide-soignante vient dire à l'infirmière qu'elle voulait doucher « la 3 », car elle sort aujourd'hui et qu'elle a les cheveux dans un sale état. Samantha dit qu'elle s'en chargera puis se présente.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service de gériatrie, le 21/11/17)

Ces temps sont l'occasion d'échanger sur les patients, mais aussi de créer une certaine complicité comme le montre la dernière situation. Ces professionnelles laissent échapper lors de ces temps leurs impressions sur les patients, mais aussi sur les soins à venir. Elles se permettent de donner leurs avis ainsi que leurs goûts créant ainsi une certaine connivence entre elles autour du travail de soin. En outre, comme le laisse entrevoir la dernière situation, certaines tâches comme la toilette des patients peuvent être effectuées par les unes ou par les autres. Ces professionnelles sont donc conduites à s'organiser pour se répartir les tâches. Une telle organisation survient le plus souvent en début de service, mais est constamment négociée tout au long de la journée :

Sonnerie. Une aide-soignante dit qu'elle ira plus tard. Flavia propose d'y aller. La patiente désire aller aux toilettes. Flavia l'aide à se mettre sur le montaban puis retourne vers ses transmissions.
(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 07/05/18)

Au gré des événements et de l'avancement de chacune, infirmières et aides-soignantes négocient donc entre elles leurs activités. Très tôt, les étudiantes sont confrontées à cette relation. Lors de leur premier stage, une part importante de leur travail consiste en effet à réaliser des toilettes, une activité qui est souvent le fait des aides-soignantes (Arborio, 2012). Elles sont donc amenées dès leurs premiers pas sur le terrain à aller au contact de ces autres professionnelles pour gérer et négocier la prise en charge de certains patients. L'hôpital constitue ainsi un lieu où les étudiantes apprennent à se conformer à un travail en complémentarité avec les aides-soignantes.

Si ces situations laissent penser qu'infirmières et aides-soignantes ont le même rôle, ce n'est bien évidemment pas le cas. Certaines tâches ne peuvent être effectuées par les aides-soignantes et sont uniquement de la responsabilité des infirmières (prélèvements sanguins, pose de sondes, réalisation de pansements, etc.) et vice-versa (distribution des repas, nettoyage des chambres, etc.)

Cependant comme le montre cette autre situation, les tâches qu'elles ne partagent pas impliquent elles aussi une forte collaboration.

17h30 : Flavia va finir son entrée. [...] 17h33 : Une aide-soignante vient peser la patiente. Flavia a fini, elle retourne dans la salle des soignants et des soignantes. [...] Une aide-soignante entre dans la salle et dit que les plaies de la patiente à qui Flavia a enlevé le pansement ne sentent pas bon.
(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 09/05/18)

Ces autres tâches suscitent en effet des échanges sur les patients, mais aussi des rappels ou des aides apportées mutuellement. Lors de ce stage, une première aide-soignante vient par exemple peser la patiente pour compléter le dossier d'entrée de la patiente que Flavia vient d'ouvrir à la suite de l'entretien d'entrée qu'elle a conduit avec la patiente. Un peu plus tard, une autre aide-soignante vient lui donner des indications sur un soin qu'elle vient d'effectuer, à la suite de quoi Flavia ira revoir la plaie et en informera le médecin. Ce travail conjoint est également particulièrement visible lors de situations d'urgence, comme ici :

Une sonnerie anormale retentit, celle pour les urgences. Flavia se précipite dans la chambre qui sonne en laissant ce qu'elle est en train de faire. Les aides-soignantes accourent elles aussi. Finalement, c'était une erreur de sonnerie.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, médecine polyvalente, le 09/05/18)

Toutes les professionnelles se rendent disponibles pour s'entraider quand elles entendent le signal d'urgence.

Outre ces aides ponctuelles, elles sont parfois amenées à travailler en binôme. En chirurgie, infirmières et aides-soignantes effectuent par exemple certaines tournées ensemble.

7h : Début de la tournée. Camille suit Charlotte, l'infirmière qui lui a été attribuée, pour regarder les prises de sang. Stan, l'aide-soignant, effectue la tournée avec elles. Ils entrent dans une première chambre. Charlotte prépare la prise de sang. Camille prend des notes sur le déroulement du soin sur un petit carnet qu'elle a dans sa poche de blouse. [...] Pendant ce temps, Stan prend la tension.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 21/11/17)

Dans ce service, la première tournée du matin est systématiquement effectuée en binôme. Les infirmières ont alors la charge des prises de sang et de l'administration des médicaments ; les aides-soignantes, celle de la prise de constantes et de l'installation des patients.

L'ensemble de ces éléments suggèrent, à l'instar d'autres recherches (Grosjean & Lacoste, 1999), que le travail d'équipe avec les aides-soignantes est particulièrement cultivé à l'hôpital.

Néanmoins, les infirmières ne se contentent pas de travailler avec ces dernières, elles collaborent aussi avec les médecins de manière plus étroite et horizontale qu'ailleurs.

Au même titre que ce qui a pu être observé entre infirmières et aides-soignantes, une complicité autour des soins, mais aussi des patients a plusieurs fois été repérée. Nous l'avons citée au cours d'un chapitre précédent, en chirurgie, un médecin s'est par exemple amusé à faire deviner à une infirmière les prescriptions qu'il mettait en place.

Or, comme pour les aides-soignantes, cette complicité peut en partie s'expliquer par une organisation du travail qui met souvent en lien les infirmières avec les médecins. Contrairement aux aides-soignantes (Arborio, 2012), les infirmières ne se contentent pas de travailler sur le même matériau qu'eux, elles ont des temps de concertations et sont amenées à discuter directement avec ces derniers. De nombreux temps de « visites » ou « contre-visites » sont par exemple prévus dans leur emploi du temps.

15h52 : Ils passent à la deuxième patiente. Sandrine [l'infirmière] dit que pour elle, il faut revoir le traitement personnel. Le médecin suit sur l'ordinateur les prescriptions et les ordonnances. La kiné entre dans la salle. Sandrine l'interpelle pour avoir des informations sur la patiente n°1. Cette dernière confirme qu'elle est perturbée. Le médecin modifie les prescriptions.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 21/11/17)

23h08 : Contre-visite avec l'interne et le médecin. C'est l'infirmier qui s'occupe de l'autre couloir qui commence. Les deux médecins sont sur les ordinateurs. [...] L'infirmier laisse Alison faire les transmissions. Il lui suggère de poser des questions pour éventuellement retirer la saturation. Elle donne des infos sur l'état du patient et signale que l'interne n'a pas démarré le Lovenox. Alison demande également s'il y a des bilans à faire. Le médecin approuve. Il donne ensuite le nom d'un autre patient et identifie sa pathologie. Alison précise alors qu'il va bien, qu'il a des petites pointes de température, qu'il a uriné. Elle ajoute qu'il n'y a rien de particulier à signaler.

Le médecin demande s'il est sous anticoagulant. L'interne répond. Il passe ensuite au patient suivant. Le médecin prescrit un bilan et ajoute du potassium.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital unité de surveillance continue, le 11/06/18)

Comme évoqué dans les chapitres précédents, les médecins s'appuient alors fortement sur les observations et les remarques des infirmières pour établir leur diagnostic. Il y a un véritable échange entre eux autour de l'état de santé du patient ou de la patiente.

Aux temps formels de rencontres prévues entre infirmières et médecins s'ajoutent comme pour les aides-soignantes, des moments d'échanges plus informels. Plusieurs observations précitées ont rendu compte de situation où les médecins demandent aux infirmières de les accompagner dans la chambre de patients ou les sollicitent pour avoir des informations en amont.

Une telle collaboration est parfois facilitée par un lieu de travail partagé. Comme l'explique Emma en entretien, dans certains services, les médecins sont dans les mêmes salles de soins que les infirmières.

« Alors que, par exemple, aux urgences pédiatriques toujours euh... T'as les internes qui travaillent avec les infirmières dans le même euh, même salle de soins. Donc, c'est... [...] Ouais. Donc c'est hyper intéressant parce que, ils se posent des questions, ils, y posent des questions aux seniors donc toi t'écoutes en même temps. Le senior fait un petit cours donc t'écoutes, t'es là, enfin [...] Et c'était la première fois que je parlais av..., enfin j'étais avec des internes en stage, et j'trouve ça... hyper intéressant ! »

(Entretien avec Emma le 9/01/18, 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Par le jeu de l'espace partagé de la salle de soins, les infirmières se trouvent alors placées dans la même situation que les internes, médecins en formation.

Cette collaboration pousse les stagiaires à développer de manière privilégiée la réflexion autour de l'état de santé, mais aussi à mobiliser des connaissances en physiologie (Longchamp et al., 2020). Les propos d'Emma laissent entrevoir comment cette confrontation à la démarche de diagnostic et à la construction de projet de soins pousse finalement les étudiantes à cultiver ce type de dispositions. Flavia, une autre étudiante, suggère la même chose :

Ouais, c'est du diagnostic donc euh... Enfin pas tout. C'est... Voilà, tu as beaucoup de connaissances à avoir, c'est... T'apprends, tu apprends tout le temps. Tu apprends tout le temps.

(Entretien avec Flavia en 3/17, 2^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

À ses yeux, l'hôpital est un lieu d'acquisition de connaissances, un propos qui peut être éclairé par le discours d'Emma qui mettait en avant la réflexion commune avec les médecins. On peut supposer qu'une telle collaboration permet aux stagiaires et aux infirmières d'accroître leurs connaissances au contact des expertises des autres professionnels et professionnelles de santé

notamment des médecins, et ce, d'autant plus que la configuration du système de santé fait que ces secteurs accueillent des patients dans des situations de santé aiguës sur des durées relativement courtes. Les soignants et soignantes en service à l'hôpital sont donc confrontés constamment à de nouveaux cas, souvent hétérogènes, mais aussi potentiellement complexes. Cette configuration particulière peut expliquer ce sentiment d'être plus continuellement en position d'apprentissage que dans d'autres services où, nous le verrons, le public accueilli est dans une situation clinique plus stable et où les rapports aux autres professionnels et professionnelles sont plus distants.

L'hôpital apparaît dès lors comme un lieu où les étudiantes cultivent particulièrement leurs connaissances cliniques et la réflexivité. Une partie non négligeable de leur temps est d'ailleurs consacrée à compléter, mais aussi à étudier les dossiers des patients :

17h : Sandrine [l'infirmière] explique que l'après-midi l'infirmière reprend les dossiers de chaque patient et de chaque patiente pour noter les observations du jour et reprendre les bilans demandés lors de la contre-visite avec le médecin.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 22/11/17)

Valérie [l'infirmière] s'adresse à Camille en lui faisant remarquer que l'après-midi est essentiellement consacrée à de la paperasse, des réponses au téléphone et de la gestion des problèmes qui surviennent

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 23/11/17)

Comme l'expliquent ces infirmières à l'étudiante de première année, une partie de leur rôle consiste à consigner les observations cliniques et à reprendre les informations décidées avec les médecins. L'analyse de l'emploi du temps des stagiaires dans les différents services (cf. Chapitre IV, p. 252) montre que les étudiantes en stages à l'hôpital consacrent plus d'un tiers de leur journée à de telles tâches administratives, une part deux fois plus importante que dans les foyers d'accueil médicalisé (FAM) ou dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le façonnement de ces dispositions à la collaboration avec les autres professionnels et professionnelles, à la réflexivité et à la mobilisation de connaissances issues de la physiopathologie dépend largement des professionnels et des professionnelles. Par ailleurs, le développement d'une coopération ne signifie pas que toute trace de hiérarchisation ait disparu.

Le degré de collaboration apparaît tout d'abord variable en fonction du statut des médecins entre internes et séniors :

« Pour un peu que tu sois en collaboration avec un... un interne, alors là t'apprends plein de choses parce que... lui, il se pose des questions, mais il les, les évoque à haute voix, du coup, toi tu réfléchis en même temps et... Alors que les médecins, les vrais médecins, euh, enfin les vrais médecins comme

si y a des faux médecins, les médecins seniors euh... y font tout dans leur tête et toi t'es pas forcément au courant, et t'es pas forcément à côté d'eux tout le temps non plus. »

(Entretien avec Emma le 9/01/18, 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Comme le suggère cette situation, l'horizontalité entre infirmières et internes est plus importante qu'entre infirmières et médecins séniors. L'expression les « vrais médecins » est ici révélatrice de ce rapport distancié aux médecins les plus aguerris. La présence d'internes dont le jeune âge, l'inexpérience, le statut dévalorisé, les erreurs équilibrent la relation de pouvoir avec les infirmières vient au contraire faciliter le travail en collaboration. Contrairement aux professionnels et professionnelles en poste qui ne prennent pas toujours le temps d'expliquer leur travail, d'après cette étudiante, les internes évoquent à voix haute leurs questionnements et leurs raisonnements, ce qui constitue une ressource précieuse pour les infirmières stagiaires. La relation aux médecins dépend donc en partie du statut des médecins en question.

Par ailleurs, cette collaboration avec les autres professionnels et professionnelles dépend également des affinités personnelles. Dans le service de chirurgie où infirmières et aides-soignantes effectuent la tournée ensemble, il est apparu que suivant les infirmières en service, la coopération était plus ou moins durable et avait plus ou moins lieu. Certaines infirmières estiment plus que d'autres que leur travail doit avoir lieu en complémentarité avec d'autres professionnels et professionnelles. Certaines envisagent donc plus que d'autres une proximité avec les aides-soignantes ou avec les médecins (Longchamp et al., 2020).

La collaboration ne prend de plus pas toujours la forme d'un travail interprofessionnel et collectif. Comme l'explique une infirmière qui s'est pourtant montrée proche des médecins au cours des observations, une forme de hiérarchie professionnelle et symbolique persiste (*cf.* Chapitre V, p. 302). Si les infirmières luttent le plus souvent non seulement pour obtenir l'attention des médecins, mais aussi pour parler sur un pied d'égalité, l'inverse n'est pas toujours vrai à en croire les propos de cette enquêtée. La co-présence s'accompagne parfois d'une forme d'indifférence et d'invisibilité. Les relations entre professionnels et professionnelles de santé au sein de l'hôpital sont loin d'être totalement horizontales. Les médecins ne prennent pas toujours en compte les suggestions ou remarques des infirmières qui restent en partie dépendantes de la position des médecins dans leur interrelation.

Pour résumer, les stages à l'hôpital sont l'occasion pour les étudiantes de se confronter au travail interprofessionnel, même si celui-ci n'est pas totalement horizontal et dépend en partie des professionnels et des professionnelles. Une telle collaboration participe à entretenir de manière privilégiée la réflexivité et la mobilisation de connaissances en physiologie. Les

observations révèlent aussi la place particulièrement importante de la technicité dans le travail des infirmières à l'hôpital.

VI.1.b Une technicité élevée

Ce lieu de stage s'avère particulièrement adapté pour entretenir la technicité.

Tout d'abord, le caractère particulièrement aigu de l'état de santé des patients conduit les infirmières de ce lieu à mobiliser fortement les soins techniques. Les étudiantes associent d'ailleurs ce secteur à ce type de soins et à la diversité des situations.

« [La réanimation] *C'est un service très polyvalent, c'est un service où tu peux avoir de la chirurgie et de la médecine, donc c'est intéressant. Et puis euh, c'est pour moi un service très aigu dans lequel tu apprends plein de choses, y'a beaucoup de techniques...* »

(Entretien avec Emma le 09/01/18, 3^e année, 24 ans, mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

« *J'étais contente de voir toute cette technicité et tout, c'est vraiment quelque chose que j'ai apprécié quoi.* [en chirurgie oncologie] »

(Entretien avec Shana le 12/01/18, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien,)

C'est à l'hôpital que les étudiantes sont confrontées aux gestes les plus « techniques », dans le sens où ils nécessitent la mobilisation d'outils : pose de chambre implantable, transfusion sanguine, pose de cathéter, pose de sonde urinaire. Le travail récent de P. Longchamp, K. Toffel, F. Bühlmann et A. Tawfik (2020) confirme l'importance du recours aux machines dans les services hospitaliers. La réanimation qui accueille les patients dans les situations les plus aiguës et les plus urgentes correspond au service le plus technicisé. Si les étudiantes apprécient ce service et s'y projettent, c'est en partie à cause de l'importance de cette culture. Emma, étudiante en 3^e année m'explique qu'elle est particulièrement attachée à la mobilisation de la « technique » et que c'est ce qui explique son projet de stage préprofessionnel en réanimation. Le recours à une telle technicité que les infirmières et futures infirmières exerçant à l'hôpital ont à effectuer régulièrement, n'apparaît pas à ses yeux très fréquent dans les autres secteurs, un point sur lequel nous reviendrons dans la suite de ce chapitre.

Si les caractéristiques de la patientèle de l'hôpital imposent ce style de soin, elles façonnent également le rythme du travail des infirmières. Le temps de l'urgence y prédomine. Les infirmières sont aujourd'hui soumises à un rythme particulièrement intense qui, s'il est source de pénibilité comme nous y avons insisté, peut aussi être valorisé comme en témoigne cette étudiante de deuxième année :

« *J'aime trop l'hôpital, même si, même si c'est hyper dur, c'est stressant et tout. Enfin, ça me touche quoi. C'est un secteur qui, enfin tu bouges tout le temps. Tu as tout le temps un truc à faire...* »

(Entretien avec Flavia, étudiante en 2^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil, 03/17)

Les observations et les recherches sur le sujet confirment son propos (Acker, 2005 ; Belorgey, 2010 ; Juven et al., 2019). Les infirmières travaillant à l'hôpital sont sans cesse dans l'action et soumises à une forte pression temporelle. La situation clinique des patients potentiellement grave contribue sans nul doute à imposer un tel rythme. Néanmoins, comme le suggère cette infirmière, les conditions actuelles de travail étroitement liées aux nouvelles réformes n'y sont pas étrangères non plus.

L'infirmière souligne que la journée va être « moins speed » que la dernière fois, car ils ne fonctionnent pas avec des effectifs réduits aujourd'hui.

(Observation premier stage de Samantha, gériatrie, le 11/12/17)

Le manque d'effectifs et de moyens, que de nombreuses recherches ont mis en évidence (Divay, 2013), explique également en partie la rapidité imposée à l'hôpital.

Or, ce temps de l'urgence et la prégnance des « soins techniques » laissent peu de place à un temps long auprès des patients et des patientes. L'analyse des emplois du temps des étudiantes (*cf.* Chapitre IV, p. 252) révèle que, plus qu'ailleurs, les futures infirmières tendent dans ce secteur à exercer une partie de leur travail loin de ces derniers. Les stagiaires ne passent qu'entre 40 et 50 % de leur temps auprès d'eux, contre plus de la moitié dans les autres secteurs, exception faite de Camille, étudiante en première année en stage en chirurgie, qui occupe ses temps d'anomie en répondant aux sonnettes, un travail qui relève du rôle des aides-soignantes. Alison revient sur ce point en entretien :

« Là, par exemple en chirurgie, quand tu vois les filles comment elles sont, tu te demandes où elles ont eu le goût du métier, tu vois. C'est pas pour l'amour de l'autre quoi. Non, non, c'est pas du tout ça.

*– **Parce qu'on vous vend quoi comme... ?***

– Bah tu sais, il faut être organisée, il faut avoir de la compassion, euh, altruisme. Enfin tu vois. Ehhh non, non, non. Respectueuse. Non, non, non. Pas du tout »

(Entretien avec Alison le 31/05/17, 2^e année, 22 ans, mère : assistante familiale, père : chargé d'affaire)

À en croire les propos de cette étudiante, les « soins de confort et de bien-être », notamment les toilettes, mais aussi les « soins relationnels » sont rares. Plusieurs travaux montrent qu'il s'agit de soins délégués à l'hôpital pour une large part aux aides-soignantes (Acker, 2005 ; Arborio, 1995). Alison suggère à demi-mot que dans ce lieu, les infirmières ne sont pas dans la « compassion », « l'altruisme », « le respect » envers les patients et leurs familles.

Les observations permettent de mieux comprendre ce point en distinguant diverses modalités de « relationnel ». Il apparaît en effet qu'à l'hôpital, les interactions qu'engagent les infirmières sont particulièrement empreintes de technicité. Elles expliquent aux patients et aux familles les soins qu'elles sont en train de réaliser, les médicaments qu'elles administrent.

D'ailleurs, l'hôpital est un des lieux de stages où les étudiantes sont le plus confrontées aux familles.

« Les urgences pédiatriques... après euh après... on a eu des belles urgences urgentes quand même, mais euh [...] Mais ouais... ça dépend. Pis c'est beaucoup de réassurance aussi des parents. »

(Entretien avec Emma le 9/01/18, 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Une part, certes non majoritaire, mais pas moins présente du travail, consiste à dialoguer avec ces dernières, à les tenir informer de l'état de santé, mais aussi à les rassurer ou à les accompagner dans les annonces de décès.

16h12 : Sandrine accompagne la fille vers un service pour que soit étudié la situation de son père. [...] Sandrine explique au médecin qu'elle vient d'appeler sa fille et que les informations sur l'autonomie du patient que le patient vient de donner ne sont pas exactes.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 22/11/17)

Flavia fait la conversation à la famille. Elle donne les raisons de l'entrée [...] L'infirmière discute avec la fille du patient qui a Alzheimer. Cette dernière explique qu'il manque de structures pour aider. L'infirmière écoute et se montre compréhensive.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, médecine polyvalente, le 08/05/18)

Les observations en chirurgie et médecine polyvalente corroborent cette partie de leur travail. Au regard de ces constats, il s'avère que la dimension interactive du travail des infirmières à l'hôpital prend moins la forme du « relationnel affectif » que mettent en œuvre les aides-soignantes (Arborio, 2012) que d'un relationnel « technique ».

Finalement, il ressort de l'analyse précédente que l'ensemble des services hospitaliers présentent certaines caractéristiques communes (temporalité de l'urgence, technicité importante, collaboration forte avec les autres professionnels et les autres professionnelles) étroitement liées à la définition particulière de l'objet du travail infirmier et à la médicalisation de ce secteur. Néanmoins, à l'intérieur de ce cadre commun, des nuances existent entre les services.

VI.1.c Des services très distincts

Les différents services enquêtés et le discours des étudiantes recueilli en entretien laissent entrevoir que la situation n'est pas tout à fait la même dans chaque service : le travail hospitalier s'y décline de manière singulière. Certains services sont plus que d'autres dans la technique ou le travail collaboratif.

« Chaque type de services, si ce n'est chaque service, construit et porte sa propre conception du travail bien fait » (Girard, 2018, p. 212)

Les observations menées dans les différents lieux de stage étayent cette idée.

Comme l'a laissé sous-entendre le développement précédent et comme le montrent certains travaux, tous les services hospitaliers n'investissent pas dans les mêmes proportions la culture technique. La réanimation et les services de « soins aigus » comme les urgences, les soins intensifs, le bloc opératoire, les soins continus sont ceux qui mobilisent quotidiennement le plus fréquemment les outils et les machines (Longchamp et al., 2020). Dans un entretien, Serge me confie d'ailleurs que, même en tant qu'aide-soignant, il était confronté à la technique en réanimation :

« Avec la réa, où je travaillais avant, les soins techniques, on y était confronté à fond [...] Surtout nous en tant qu'aide-soignant en réa, on travaillait souvent avec l'interne, avec le médecin. Euh, on faisait le job entre guillemets de l'infirmier, qui elle était occupée à s'occuper des autres patients qu'elle avait en charge et qui n'étaient pas bien quoi. »

(Entretien avec Serge le 7/02/18, 1^{re} année, aide-soignant, 35 ans, mère : ASH, père : technicien)

Dans ces secteurs, la délégation des tâches infirmières envers les aides-soignantes ne porte pas uniquement sur le « sale boulot » (Arborio, 1995). Tous les soignants et toutes les soignantes investissent de manière importante cette dimension. Plusieurs recherches ont d'ailleurs montré la complémentarité importante des rôles des soignants et des soignantes dans ce type de service, notamment entre infirmières et médecins (Liberati, 2017 ; Longchamp et al., 2020). Une proximité physique (partage du même espace de travail), mais aussi symbolique existe (Paillet, 2007). Les infirmières y sont donc particulièrement amenées à mobiliser leurs connaissances issues des cultures scientifique et technique.

« Y'a beaucoup de techniques et je pense que quand tu passes, une fois que t'es passé en réa, tu... tu dois, je pense manipuler un peu tout et n'importe quoi sans avoir peur de ce que tu fais quoi... »

(Entretien avec Emma le 09/01/18, 3^e année, 24 ans, mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Cette étudiante pense d'ailleurs que le passage par ce service est un garant de l'acquisition des savoirs associées à ces cultures, une idée que partage Shana qui prévoit une préprofessionnalisation dans ce secteur.

Euh je pense que ouais c'est plus de portes et puis pour ton CV, tu mets, j'ai travaillé en réa à la Salpêtrière c'est bon quoi. Je pense qu'on te prend partout quoi. Donc euh ouais.

(Entretien avec Shana le 12/01/18, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Selon cette dernière un tel stage va lui ouvrir les portes de tous les autres services. Leurs propos laissent poindre que ces services sont à ce titre reconnus comme les plus prestigieux, une idée que confirme l'étude de l'espace social des infirmières (Longchamp et al., 2020 ; Toffel, 2018). Les infirmières qui exercent dans ces services bénéficient du plus grand prestige.

En outre, tous les services ne vivent pas suivant un même rythme. Le temps de l'urgence n'est pas le même partout.

De manière assez contre-intuitive, les services de soins aigus ne sont pas ceux où la contrainte temporelle la plus forte s'impose. Au contraire, celle-ci est même moins pesante que dans d'autres services, car le nombre de patients y est beaucoup plus restreint et l'effectif du personnel plus important. Une étudiante me confie que cette configuration lui convient particulièrement, car elle permet une prise en charge plus globale des patients.

« Et en fait il y avait une unité de soins continus, donc en fait c'est juste après la réanimation et genre, ça m'a trop plu. Euh en fait, j'ai aimé avoir moins de patients, mais les prendre plus dans leur global. J'ai vraiment aimé ça tu vois. J'étais contente de, bah voilà de voir toute cette technicité et tout. C'est vraiment quelque chose que j'ai apprécié quoi. »

(Entretien avec Shana le 12/01/18, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Si ce type de service est caractérisé par certains temps d'urgence vitale, où tous les personnels et toutes les personnelles se trouvent alors mobilisés pour certains soins de grande technicité, à d'autres moments, le rythme est plus apaisé.

20h14 : Alison va sur l'ordinateur central. L'infirmière commente : *« ça va être long. »* Alison ajoute : *« je ne sais pas quoi faire en plus. »* Elle va se chercher de l'eau. [...] Alison me confie : *« je me sens un peu inutile. »* L'infirmière aussi. Sonnerie. Alison va mettre plus d'oxygène au patient de la chambre 4. Elle rapporte son geste à l'infirmière. Elle va ensuite proposer son aide à l'infirmière de l'autre secteur. [...] 4h37 : Sonneries. Alison se rend dans la chambre avec l'infirmière quelques minutes plus tard, elles sont ressorties. 4h43 : nouvelle sonnerie. Un patient veut du Doliprane. Alison lui en donne seule. 5h33 : elle passe un coup de téléphone, car un des patients a sonné deux fois pour sa saturation. *Ça commence à être dur de tenir. Il ne se passe rien du tout, mes paupières se ferment... Les infirmières ne ferment pas un œil. J'ai envie de croiser mes bras sur la table et d'y poser ma tête pour dormir. Ça passe lentement. On attend.* Alison se prend une pause.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service d'unité de surveillance continue, le 12/06/18)

Comme dans cet extrait, plusieurs moments d'attente ont généralement lieu au cours des nuits (Cheyrouze & Barthe, 2018).

Or, ces moments d'attente sont plus rares dans les autres services enquêtés. D'ailleurs, les infirmières de médecine polyvalente le mettent en avant dans leur discours.

La discussion passe ensuite au pot de départ d'une collègue, puis aux autres services, notamment celui de réanimation où *« il y a moins de travail qu'ici »* selon elle. Elles disent que là-bas *« ils ont le temps de se faire des raclettes. »*

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 8/05/18)

Elles soulignent la plus grande charge de travail qui leur incombe et une différence de rapport au temps. Comme le confirment les observations dans ces secteurs, la pression temporelle est plus importante, car les infirmières ont plus de patients en charges, environ 15 par service. Le rapport au temps y est plus caractérisé par un flux tendu que par des urgences ponctuelles.

L'infirmière ne parle pas à Samantha. Elle est speed dans sa gestuelle.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service de gériatrie, le 12/12/17)

Les différentes tâches réalisées dans la précipitation par cette infirmière en poste montrent la pression temporelle à laquelle les infirmières peuvent être soumises, surtout quand comme ici le service fonctionne avec du personnel en moins. Cette injonction à la rapidité a aussi été palpable en chirurgie, les professionnelles l'ont explicitement mis en avant face à l'étudiante :

« *En chirurgie, faut aller vite et on n'a pas forcément le temps de vous montrer.* »

(Propos tenu par une infirmière en chirurgie, premier stage de Camille, le 20/11/17)

Quelle que soit leur année de formation, les stagiaires passées par ces services (gériatrie, médecine polyvalente ou chirurgie), ont toutes ressenti ce rapport au temps pressant :

« *J'ai l'impression d'être lente. Si ça se trouve l'autre dame, elle m'attend depuis longtemps.* »

(Propos tenu par Camille, premier stage en chirurgie, le 21/11/17)

Flavia va chercher le matériel, puis prépare le médicament. Elle commente : « *Il ne faut pas partir en vacances, je suis en retard.* »

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 7/05/18)

Une pression temporelle qui, comme le souligne Samantha, ancienne aide-soignante en EHPAD place les soignants et les soignantes dans une situation où ils ne mettent plus en œuvre certains soins d'accompagnement de la vie quotidienne comme l'aide à la prise de repas pour les personnes dépendantes.

Samantha va donner les médicaments dans une autre chambre. Charlotte [l'infirmière] passe la tête et lui montre à quel patient donner le traitement puis retourne donner des médicaments dans d'autres chambres. Samantha commente « *C'est comme ça l'hôpital, ils mangent pas, ils mangent pas. (Hochement de sourcils).* Le patient a son plateau plein devant lui.

(Observation, premier stage de Samantha, hôpital service de gériatrie, le 11/12/17)

L'ensemble de ces constats suggèrent donc que ces services qui ne relèvent pas des soins aigus sont caractérisés par un travail en flux tendu qui entretient particulièrement la rapidité et l'habitude à optimiser son temps.

Si les autres services n'ont pas été enquêtés par observation, certaines caractéristiques propres ressortent à partir des entretiens. Les services où sont hospitalisés des enfants, c'est-à-dire notamment les urgences pédiatriques et la maternité semblent cultiver particulièrement de leur côté le rapport aux familles, tout comme ce que montre H. Lecompte (2013) dans sa thèse sur un service d'oncopédiatrie. Emma explique de manière détaillée en entretien qu'il s'agit là d'un point qui différencie de manière non négligeable les urgences des urgences pédiatriques :

« Urgences pédiatriques. Donc apparemment les urgences adultes sont beaucoup plus euh... ben...rapide, beaucoup plus... euh... dans l'urgence finalement que les urgences pédiatriques... après euh après... on a eu des belles urgences urgentes quand même, mais euh... Mais ouais... ça dépend. Pis c'est beaucoup de réassurance aussi des parents euh... enfin... C'est vraiment encore un autre métier que dans les services, en fait, enfin, tu t'organises pas pareil, tu parles pas pareil avec les patients parce que c'est des enfants. Euh... Tu parles pas pareil avec les parents parce que euh, ben c'est... les accompagnants des enfants enfin... Tu dois rassurer le parent en rassurant l'enfant et tu dois parler à l'enfant pour atteindre le parent, donc c'est... une relation triangulaire assez... intéressante quand même, mais... particulière ouais. »

(Entretien avec Emma le 9/01/18, 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Romane [l'étudiante de deuxième année] explique à Camille qu'il n'y a pas beaucoup de technique en maternité à part des piqûres dans le talon. Elle trouve que ce n'est pas assez divers.

(Propos tenu par Camille, premier stage en chirurgie, le 24/11/17)

Ce qui est le plus cultivé dans ses services accueillant des enfants, c'est le rôle de « relationnel technique » auprès des familles. Les infirmières ont à expliciter les traitements mis en place et les évolutions de l'état de santé des enfants. Il s'agit de renseigner les familles sur la manière dont les soins fonctionnent et sur leurs effets, mais aussi de donner des éléments sur les pathologies. Ce type de *care* nécessite ainsi la mobilisation des cultures techniques et scientifiques dans le sens où il fait appel aux connaissances relatives aux machines et à la physiopathologie.

Si le portrait brossé ici des différents services hospitaliers enquêtés ne prétend pas saisir de manière exhaustive le fonctionnement singulier de chacun d'eux, l'analyse produite permet néanmoins de constater qu'au-delà d'un fonctionnement proche, le travail des infirmières à l'hôpital et les savoirs que les étudiantes apprennent à acquérir se déclinent différemment en fonction des services. Certains, les services les plus aigus, sont l'occasion de cultiver particulièrement la technique, alors que d'autres entretiennent la rapidité ou le « relationnel technique » à l'égard des familles.

De tels constats qui esquissent de « petites » variations interservices ne remettent pas en cause le constat selon lequel la temporalité de l'urgence, la prégnance de la technicité et de la collaboration interprofessionnelle sont bien le propre des services hospitaliers relativement aux lieux de stage que sont les unités de vie.

VI.2 Les unités de vie, le care affectif et domestique au cœur du travail infirmier

L'expression « unités de vie » a été adoptée, car ces lieux accueillent de manière relativement longue les patients, ces derniers y sont d'ailleurs appelés « résidents » et « résidentes ». Si cette typologie ne correspond pas parfaitement à celle appliquée dans le monde de la santé, les observations conduites en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en foyer d'accueil médicalisé (FAM), amènent à les considérer ici conjointement. La structure de ces institutions et le public accueilli façonnent un travail infirmier très différent de ce qui vient d'être mis en évidence précédemment, plutôt du côté du *care* affectif et domestique et d'un fonctionnement très hiérarchisé. Samantha parle d'ailleurs d'une autre « famille » que l'hôpital pour désigner ces secteurs.

VI.2.a Une technicité réduite à de la « bobologie »¹⁶⁵

Contrairement à l'hôpital, les résidents de ces unités de vie ne sont pas dans une situation clinique aiguë. Ils sont placés dans ces lieux, car ils sont en situation de dépendance pour des raisons médicales, à cause d'une situation de handicap temporaire ou définitive, ou en raison d'un âge avancé (Doutreligne, 2006 ; Trépiéd, 2016). L'enjeu de ces lieux de soin est de fonctionner comme une « famille ». Les résidents doivent s'y sentir comme chez eux (Mallon, 2004). Les soins prodigués par les infirmières se trouvent alors éloignés de la haute technicité qui caractérise le monde hospitalier.

Les observations dans des unités de vie permettent de constater que les soins techniques mis en œuvre par les infirmières sont relativement réduits puisque les pansements, les injections de gouttes, les ablations d'agrafes, la prise de glycémie et l'administration d'insuline sont les soins les plus couramment dispensés. Pour reprendre une expression entendue à plusieurs reprises dans ce type de secteur, les infirmières qui y travaillent font essentiellement de la « bobologie ».

Elle lui montre ensuite comment ouvrir un set de pansement. Elle lui annonce qu'ils vont faire un « protocole bêta ». Elle explique qu'ils sont ici en maison de retraite, qu'ils font de la « bobologie » et donc que les pansements sont propres, mais non stériles.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

¹⁶⁵ Terme employé par les infirmières sur le terrain pour décrire les « soins techniques » qu'elles ont à réaliser dans ces secteurs.

Cette infirmière l'explique à sa stagiaire, les soins administrés dans ce type de lieux ne nécessitent pas des protocoles sanitaires aussi stricts qu'à l'hôpital. La mobilisation d'outils et de machines y est plus faible (Arborio, 2012 ; Longchamp et al., 2020). Ce constat effectué en EHPAD est transférable au FAM.

10h37 : Alexis va chercher une patiente pour refaire son pansement. [...] Patiente suivante 11h10 : Elle frappe à la porte. Alexis l'invite à s'asseoir. L'infirmière, Florence, revient dans la salle. Elle salue la patiente et lui fait la conversation pour savoir ce qu'elle a fait de son week-end. Alexis va regarder ce que la patiente vient lui montrer, il s'agit d'une verrue.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

L'étudiant de troisième année suivi dans cet établissement réalise essentiellement des nettoyages de plaies et de l'administration de gouttes. Le bilan de stage d'Alexis est particulièrement révélateur à cet égard. À aucun moment, la gestuelle ou la technicité ne sont évoquées alors qu'il s'agit de son dernier stage de la formation.

Les étudiantes perçoivent d'ailleurs bien ce point. Elles en font une caractéristique de ces secteurs. Celles qui sont passées par ces services reviennent sur la faible complexité des soins dispensés. C'est notamment le cas d'Emma et de Samantha. Emma insiste sur les risques mineurs encourus lors des soins.

« Alors j'avais commencé avec l'EHPAD. Donc euh... l'EHPAD, je me disais euh... pfff... ça tourne quand même assez en rond euh... c'était pas euh... c'était beaucoup de petits pansements, dès qu'il y avait quelque chose de gros, c'était toujours on appelle l'hôpital et puis on les envoie, donc euh... c'était assez restreint finalement »

(Entretien avec Emma le 9/01/18, 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Les patients n'étant pas dans des situations de santé complexes, elles expliquent que les soins effectués par les infirmières sont « légers ». Comme le met en avant Samantha dans son propre entretien, cela signifie que les soins techniques réalisés ne nécessitent que peu de connaissances ou de maîtrise préalables :

« Il y a moins de technicité. Tu vois, là si faut que demain je fasse le tour des glycémies et des insulines toute seule, j'suis capable de le faire. Par contre, elle risque d se faire chier l'infirmière parce qu'elle va se demander ce qu'elle va faire pendant une heure et demie. [rire], mais par contre voilà, il y a pas de changement de perf[usion], il y a pas tout ça. [...] Il y a moins d'enjeux. »

(Entretien avec Samantha le 6/02/18, 1^{re} année, aide-soignante, 40 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

Par ailleurs, comme le note de son côté Flavia, cela conduit à des situations de soin relativement routinisées :

« Tu as quelques pansements, quelques prises de sang et encore. Donc c'est, c'est, c'est du train-train euh. Alors que là, l'hôpital, bah tout change quoi. Tes patients, ils changent tout le temps, donc tu peux avoir un jeune, un pas jeune. Enfin tu vois. Les patho[logies]s ne sont pas les mêmes, tu peux même avoir des trucs hyper rares de temps en temps, enfin des trucs comme ça euh ».

(Entretien avec Flavia en 03/17, 2^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

Cette étudiante insiste sur l'absence de diversité de soins techniques. Elle oppose cette configuration des soins à celle de l'hôpital. Son discours laisse entrevoir en creux que l'hôpital sert de référence et occupe une position dominante qui contribue à une caractérisation du travail dans les unités de vie en négatif.

L'une des conséquences de cette moindre technicité des gestes et de cette routinisation des soins appliqués est un *care* technique moins présent. Les infirmières sont en effet moins souvent amenées qu'à l'hôpital à expliquer les évolutions de l'état de santé ou les traitements. Les situations étant moins aiguës et les résidents moins changeants, elles n'ont que peu à revenir sur ces points. Comme l'explique Emma, en cas de dégradation, les résidents sont en effet transférés à l'hôpital. Ainsi, celles qui travaillent en unités de vie ne sont que rarement amenées à mobiliser ce type de *care*. D'ailleurs, les travaux récents montrent que ces dernières usent peu de leurs connaissances des machines et de la physiologie en comparaison des autres infirmières (Longchamp et al., 2020).

Dès lors, il apparaît que le contexte de ces établissements, notamment la composition du public, influe sur l'importance des techniques utilisées. La technicité des gestes, mais également du *care* s'y révèle moins entretenue qu'à l'hôpital.

Ces constats suggèrent-ils que ces lieux de stage sont moins propices à la transmission de savoirs professionnelles pour les stagiaires ? Ou alors ces lieux de stages permettent-ils d'en apprendre d'autres ?

VI.2.b Le care affectif, des tâches centrales dans l'activité des infirmières

Les observations et les discussions avec les étudiantes révèlent que ces unités de vie imposent un tout autre rythme de travail aux infirmières, beaucoup moins intense que celui de l'hôpital et que ce cadre permet aux stagiaires de s'approprier des savoirs liés à un *care* plus affectif et éducatif. Les infirmières et futures infirmières ont dans ces lieux de soins davantage de temps pour les interactions avec les résidents et la mise en œuvre de soins quotidiens ainsi que de soins de bien-être et de confort, un constat déjà mis en évidence par plusieurs travaux (Doutreligne, 2006 ; Guérin, 2016 ; Mallon, 2004 ; Rimbart, 2005)

Alors même qu'elles sont en nombre très limité au regard des résidents présents (dans les établissements observés, il y a environ une ou deux infirmières pour 80 résidents en EHPAD,

et une infirmière pour une trentaine de résidents dans le FAM)¹⁶⁶, les professionnelles ont dans ces unités de vie un rythme moins rapide qu'à l'hôpital (Causse, 2008), ce qui n'est pas sans impact sur les tâches qu'elles réalisent. Comme le laisse entendre Alexis lors de son stage en FAM, la pression temporelle est relativement absente.

8h54 : Alexis va prendre les médicaments. L'infirmière prépare les gouttes. Alexis commente : « *tu vois, c'est tranquille. En hôpital, tu te ferais tête.* »

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

Au-delà de ce constat d'un rythme moins soutenu dans la réalisation des différentes tâches qui leur incombent, les observations ont permis de constater que dans ces lieux, les infirmières prennent plus régulièrement qu'à l'hôpital les temps de pauses prévus par le Code du travail.

8h50 : Les deux infirmières proposent à Maïna d'aller boire un café dans la salle du dessous dans l'unité Alzheimer ou d'aller fumer. On y va avec elles. [...] Maïna me dit qu'elle ne se sent pas d'aller travailler à l'hôpital, qu'elle aime le lieu de vie. Elle appréhende son premier stage à l'hôpital. Elle me dit qu'ici l'ambiance est bonne et que tout le monde est sympa. 9h20 : Fin de la pause.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Les soignantes réalisent donc leur travail dans un climat moins pressant qu'à l'hôpital.

Cette configuration amène les étudiantes à passer des temps beaucoup plus longs auprès de leurs patients, à l'image de ce qui se passe dans ces deux scènes observées lors de stages dans des EHPAD.

13h50 : Maïna va dans la chambre de Mme M. pour voir si elle veut se faire poser du vernis. Maïna a eu cette idée lors d'une discussion qu'elle a eue la veille avec sa patiente qui lui disait qu'elle s'ennuyait l'après-midi.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

15h15 : Serge demande si ça dérange s'il va faire un tour avec une de ses patientes. Il va se promener dans le village. Il emmène sa patiente dans l'église, car il sait que celle-ci est pratiquante. Pendant toute la promenade, il lui fait la conversation. 15h50 : Retour dans la chambre de la patiente

(Observation, stage de fin de première année de Serge, EHPAD, le 14/06/18)

Les temps auprès des résidents sont particulièrement prégnants dans le quotidien de ces stagiaires de première année. Or, l'analyse quantitative des différents emplois du temps révèle qu'il s'agit moins là d'un effet de l'avancement dans la formation que de celui de la structure

¹⁶⁶ Malgré l'amélioration de la qualité d'accompagnement à partir des années 2000, le taux d'encadrement (5,7 employés pour 10 résidents en 2007 en EHPAD) est encore faible comparativement aux autres pays (Martin, 2014 ; Ratte & Imbaud, 2011). Les professionnels et professionnelles dénoncent d'ailleurs l'impact de ce faible encadrement sur les soins qu'ils peuvent dispenser. Les mobilisations de 2019 portaient en partie sur ce point. À titre de comparaison, à l'hôpital, selon les propos de la cadre de santé interrogée, il y a une infirmière pour 15 patients dans la plupart des services hospitaliers.

de soins. Ces temps représentent en effet une part dominante de leur activité dans ces lieux et ce, quelle que soit leur année de formation. Plus de la moitié de leur journée y est consacrée, entre 54 et 65 %, contre 40 à 50 % du temps des stagiaires à l'hôpital.

Au regard des conclusions précédentes, il est possible de voir que ces temps ne sont qu'une infime partie consacrés à la technicité, que ce soit dans les interactions ou dans les gestes.

Comme le laissait entendre la remarque de Samantha citée précédemment, si à l'hôpital les infirmières n'ont pas le temps de se soucier de la bonne ingestion des repas, dans les unités de vie, une partie de leur travail consiste à l'inverse à s'en assurer (Guérin, 2016 ; Mallon, 2004). Elles ont ainsi à accompagner les résidents dans leur vie quotidienne et à prendre en charge leurs besoins physiologiques (Causse, 2008).

En outre, comme l'illustre cette autre situation, elles sont amenées à se préoccuper de question d'ergonomie et d'hygiène corporelle.

Le matelas de la patiente est bizarre. Maïna m'explique qu'il s'agit d'un matelas à air qui permet d'éviter les escarres. La patiente se dirige vers le fauteuil. Maïna vide son montaban puis va mettre ses bas à la patiente qui est maintenant au fauteuil. Elle dit à sa patiente qu'elle a regardé, mais qu'elle n'a pas vu son rendez-vous avec le pédicure et lui suggère d'en reparler avec sa fille. [...] En sortant, elle me dit qu'elle aime prendre son temps. [...] Jour suivant. 10h30 : Sa patiente est préoccupée par son lit. Maïna essaye de trouver l'ergothérapeute pour régler le problème, mais ne la trouve pas. Elle va donc refaire le lit de sa patiente. 14h20 : Elle retourne parler du problème de matelas de sa patiente aux infirmières qui sont dans la salle de soin.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, les 20 et 21/12/17)

Dans le cadre du suivi de sa résidente, Maïna, étudiante de première année, cherche par exemple d'une part à trouver le matelas le plus adapté et s'assure d'autre part que sa patiente reçoit les soins de pédicurie dont elle a besoin. Les stagiaires apprennent donc dans ces lieux à identifier les besoins des personnes dont elles s'occupent, mais aussi à imaginer des solutions.

Plus qu'à l'hôpital, elles sont alors amenées à discuter avec les patients. Les propos de Laura, montrent d'ailleurs que les étudiantes perçoivent les compétences interactionnelles comme particulièrement transmises au cours des stages dans ces établissements. Après être passée par l'EHPAD, cette étudiante de première année tient en effet le discours suivant :

« Est-ce que si t'avais à définir deux-trois qualités qui t'ont servi ou que t'as dû mobiliser pendant le stage, tu dirais quoi ?

– *Patiente, parce qu'il fallait prendre le temps avec les résidentes... bah après, être à l'écoute et [silence et soupir] et souriante parce qu'ils m'ont tous dit que c'était bien d'être souriante. »*

(Entretien avec Laura le 24/01/18, 1^{re} année, 19 ans,
mère : professeure en lycées professionnels et technologiques, père : chef d'entreprise)

Selon elle, les savoirs comportementaux liés au *care*, notamment ceux relatifs à la posture d'écoute sont fortement mis en avant dans ces lieux. Les travaux de S. Doutreligne (2006) confirment son impression. Ce chercheur montre que les résidents des EHPAD, souvent dans la plainte, sont en fait à la recherche d'écoute et d'attention. Le rôle des soignants et des soignantes est alors en partie de leur offrir cette présence. Contrairement à ce qui se passe à l'hôpital, les étudiantes ont à se centrer sur des « soins de confort et de bien-être » et sur des interactions laissant une large place à l'écoute des patients, à l'attention et à « l'humanisme » (Doutreligne, 2006 ; Longchamp et al., 2020 ; Rimbart, 2005). Le bilan de fin de stage préprofessionnel d'Alexis illustre parfaitement ce point :

Les deux infirmières se mettent d'accord pour noter dans les remarques sur le stage qu'Alexis a « des bonnes relations », aussi bien avec les collègues qu'avec les résidents. [...] Dans les points forts, elles identifient les capacités relationnelles, la connaissance du milieu hospitalier, l'analyse du soin et la remise en question.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 24/05/18)

La première chose qui est valorisée est son usage d'un *care* affectif, proche du *care* domestique. Si nous ne confondons pas ici les deux, c'est qu'il faut bien voir toute la technicité que requièrent ces interactions. Le public accueilli connaît pour une part des formes de déchéances physique et mentale, ce qui nécessite des techniques de *care* spécifique pour pouvoir mener à bien le rôle d'infirmière (Avril, 2014 ; Blanpain & Pan Ké Shon, 1999).

Suivant le type d'établissements, ces interactions prennent différentes formes. Tantôt comme dans les observations citées précédemment, elles ont une vocation occupationnelle et visent un entretien de l'autonomie physique et intellectuelle (cas de Maïna proposant une pose de vernis à sa patiente ou de la promenade effectuée par Serge), tantôt elles sont liées à l'établissement ou au maintien de lien social ainsi qu'au maintien de la santé mentale comme ici.

Alexis va dans un quatrième service. Les patients viennent le saluer. Un premier lui dit que sa collègue est énervée, deux autres viennent lui serrer la main, un se plaint qu'il a mal et le bouscule en rigolant. Alexis regarde. [...] 10h : Un patient dont le pantalon est recouvert d'herbes entre dans l'infirmierie. Alexis lui dit bonjour. Le patient va s'asseoir sur la table. Alexis nettoie sa bouche. Le patient s'en va. Lorsqu'il est sorti, Alexis me dit que cette visite est « hyper importante », car c'est un patient qui s'isole. Il m'explique qu'il n'entrait pas dans l'infirmierie avant.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

Elles ont également parfois une vocation éducative dans le sens où l'infirmière transmet certaines règles de vie en collectivité :

12h00 : un patient vient devant l'infirmierie. Alexis le fait entrer, le salue. Il demande qu'il lui serre la main puis lui donne l'autorisation d'aller s'installer sur la table.

(Observation, stage de préprofessionnalisation d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

Les différents établissements et les différents publics de ces unités de vie participent ainsi à l'actualisation chez les étudiantes de différentes formes de compétences interactionnelles liées à un *care* affectif et éducatif.

Pour autant, la place importante accordée à ce type de *care* ne signifie pas que les futures infirmières apprennent à faire la même chose que les aides-soignantes. D'après les travaux portant sur les soignantes dans ces établissements, non seulement les infirmières continuent à y assurer un *care* plus souvent empreint de technicité (Arborio, 1995, 2012), mais surtout, toute une partie de leur travail demeure éloigné des résidents, contrairement aux aides-soignantes (Causse, 2008). La troisième partie de cette thèse reviendra en détail sur les spécificités du *care* infirmier.

Retenons pour le moment que l'objet du travail infirmier dans ces unités de vie diffère de celui identifié dans le monde hospitalier. Les infirmières y visent moins le rétablissement et l'entretien de l'état de santé que l'accompagnement des personnes dépendantes (Anchisi, 2008 ; Doutreligne, 2006; Girard, 2018 ; Mallon, 2004). Si la question de la mort n'a été que peu évoquée dans cette partie sur les unités de vie, c'est que mes observations ne m'y ont pas confronté en lieux de vie d'une part, mais aussi que les enquêtes sur le sujet révèlent que bien qu'omniprésente dans ces lieux, la mort n'est que peu prise en compte par les professionnelles et est vécue comme un non-événement (Doutreligne, 2006). Une telle réalité suggère que dans ces lieux les futures infirmières cultivent particulièrement l'identification des besoins des patients, l'imagination de solutions, mais aussi un *care* affectif et/ou éducatif.

Les observations révèlent également que les stagiaires sont confrontées dans ces unités de vie à un autre positionnement de soignantes qu'à l'hôpital.

VI.2.c Une position dominante et des rapports plus hiérarchiques

Alors qu'à l'hôpital, les infirmières exercent leur activité en collaboration étroite avec les autres professionnels et professionnelles de santé, les rapports s'avèrent plus distants au sein des unités de vie. Contrairement à ce qu'on aurait pu croire en lien avec l'absence relative de soins techniques et le rythme de travail plus apaisé, ces lieux exacerbent les relations hiérarchiques entre les différentes professions de santé, notamment entre infirmières et médecins, mais aussi entre infirmières et aides-soignantes.

Ces divergences d'interactions entre professionnels et professionnelles de santé sont sans doute liées en partie à l'organisation distincte de ces lieux de travail. La coexistence dans

un même établissement n'est pas la règle. Les médecins rattachés à l'établissement sont le plus souvent des généralistes qui effectuent seulement une partie de leur service dans ces établissements. Ils ne travaillent pas quotidiennement au sein d'un EHPAD ou d'un FAM et ne sont présents que ponctuellement. C'est également le cas des autres professionnels et professionnelles de santé comme les kinésithérapeutes ou les ergothérapeutes. Les cadres de santé ne sont pas non plus constamment dans l'établissement. Seules les aides-soignantes et les infirmières y sont en continu.

Cette organisation favorise l'enclavement des différentes professions de santé. Contrairement à ce qui se passe à l'hôpital, le travail en équipe y est faiblement actualisé. Infirmières et aides-soignantes coexistent en vase clos. Elles ne partagent pas le même espace de travail. Lors des trois stages observés dans différents lieux de vie, les infirmières ont leur propre salle de travail qui contient un espace avec un bureau et un endroit pour préparer et gérer les médicaments. Leur lien avec les aides-soignantes est limité à des contacts par dossiers interposés et à quelques réunions d'équipe. Les transmissions quotidiennes conjointes en début et fin de service observées à l'hôpital n'ont pas lieu. En début de service, les infirmières prennent connaissance de ce qui s'est passé en lisant les transmissions écrites sur leur ordinateur. Le travail collaboratif avec les aides-soignantes se trouve moins cultivé et le côté bureaucratique est lui très présent.

Les relations se trouvent dès lors plus tendues, comme le note Samantha :

« Par contre, c'est un peu tendu avec les aides-soignantes, j'ai senti quand même que... Et puis les infirmières critiquent beaucoup les aides-soignantes là-bas. Et du coup, moi ça me fait bizarre tu vois. Ça me fait bizarre parce qu'après voilà, je comprends aussi que ça doit peut-être un peu agacer aussi les aides-soignantes de voir que les infirmières qui passent une bonne partie de la matinée à faire de la paperasse, parce qu'elles prennent leur temps. Elles ne sont pas en train de courir. »

(Entretien avec Samantha le 6/02/18, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

L'entraide constatée à plusieurs reprises à l'hôpital est moins visible. Les infirmières ne vont pas aider les aides-soignantes à assurer les toilettes ou à distribuer les repas comme l'explique ici Samantha. Les observations attestent cette moindre coopération et montrent même que la hiérarchie est plus visible, moins euphémisée qu'ailleurs, un constat déjà fait dans d'autres travaux (Causse, 2008). Alexis me confie d'ailleurs lors d'une discussion informelle qu'il ressent un tel positionnement :

Il me dit que l'infirmier est « responsable », qu'il y a « une notion hiérarchique sur les aides-soignantes. »

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

Dans ces unités de vie, les étudiantes apprennent à entretenir un sentiment de responsabilité et de positionnement vertical vis-à-vis des aides-soignantes. Une telle réalité est renforcée par la place des infirmières dans ces unités de vie. En tant que professionnelles de santé les plus qualifiées, elles endossent une position dominante.

Le fonctionnement de ces lieux participe également à introduire une distance hiérarchique entre médecins et infirmières. Tout d'abord, ces différents professionnels et ces différentes professionnelles sont moins souvent en contact : moins d'une fois par semaine dans les unités de vie contre une fois par heure dans les services de soins aigus à l'hôpital (Longchamp et al., 2020). Comme l'exprime Alexis quand je l'interroge sur le sujet, au cours de ces contacts, la relation d'autorité est palpable :

Quand je lui pose une question sur le rapport avec le corps médical. Il me répond que les étudiantes infirmières doivent montrer « patte blanche ».

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

La visite de la médecin dans le FAM illustre cette relation verticale décrite par Alexis :

13h50 : la médecin est une femme âgée, peu souriante. Alexis me précise qu'elle est retraitée. La médecin va s'asseoir derrière le bureau. L'infirmière lui dit ce qu'elle va voir cet après-midi. Elle prend un siège et va s'asseoir à côté de la médecin. Alexis reste debout.

(Observation, stage de préprofessionnalisation d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

Dès son entrée, la médecin prend la place au bureau, et les infirmières gravitent autour. Sur ses ordres et selon le rythme qu'elle impose, infirmière et stagiaire ont alors la charge d'amener et de préparer les patients. Bien que ce fonctionnement révèle une relation plus verticale qu'à l'hôpital, la médecin consulte de la même manière l'infirmière pour obtenir des informations et avoir son avis.

14h43 : L'infirmière et Alexis enlèvent la chemise du patient. La médecin demande des précisions. L'infirmière lui dit que le patient penche à droite. La médecin regarde. Elle demande s'il a des antécédents. L'infirmière les explicite. La médecin demande s'il est tombé. L'infirmière répond que non, mais fait remarquer qu'il penche plus en avant. La médecin pense à une contraction du cou. L'infirmière insiste sur le fait que le patient penche aussi en avant. La médecin lui demande son interprétation. Elle lui donne. La médecin s'adresse ensuite au patient pour savoir si ça va, s'il a des soucis. 14h55 : L'infirmière le rhabille, puis Alexis le raccompagne dans sa chambre. [...] La médecin demande la liste des médicaments du patient. Alexis la lui donne, puis change le linge sur la table. La médecin prescrit des correcteurs neuroleptiques et diminue les doses du neuroleptique.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

La prise en compte de l'avis de l'infirmière apparaît cependant plus consultative que collaborative. La dimension hiérarchique est toujours palpable, que ce soit dans le type de tâches conférées (à la médecin le rôle de l'interrogatoire et de l'examen clinique, à l'infirmière le rapport au patient, la connaissance du patient, la gestion pratique de son transport), dans le positionnement dans l'espace (la médecin reste longtemps derrière le bureau à consulter des

documents, puis s'approche du patient uniquement pour réaliser l'examen clinique pendant que l'infirmière manipule le patient et les transferts du patient) ou dans la maîtrise de la parole (dans cette scène, la médecin est clairement celle qui a la maîtrise de l'interaction). Une telle relation hiérarchique a aussi pu être appréhendée de manière particulièrement visible dans un EHPAD :

Au moment de ressortir de la chambre, Marie-Charlotte [l'infirmière] se cache du médecin. Elle nous explique qu'il « *se la pète* » et qu'il « *ne les respecte pas* ». L'aide-soignante l'interpelle dans le couloir et lui dit que le médecin la cherche et qu'il est accompagné d'un interne. Ils cherchent à avoir des nouvelles d'un patient. L'infirmière retourne dans la salle de soin pour voir le médecin. Ce dernier lui explique qu'il prescrit une perfusion de G5 en sous-cutanée à son patient. Il lui demande ensuite des nouvelles.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

L'infirmière fait explicitement part de ce positionnement qu'elle doit adopter face au médecin et explicite à l'étudiante que la relation est largement hiérarchique avec ces derniers. Là encore, le médecin donne à l'infirmière une place d'informatrice plus que de collaboratrice. D'ailleurs, cette étudiante de première année passée par un stage en EHPAD confirme que les contacts avec les médecins sont limités et dissymétriques :

« Les médecins, ils passent très régulièrement pour les renouvellements d'ordonnances et puis des fois, ils prennent les temps de parler avec les infirmières [...] Le médecin souvent quand il vient voir le résident, qu'il y a quelque chose qui a changé, il en fait part aux infirmières, mais sinon non [il n'y a pas d'échanges avec les médecins] »

(Entretien avec Laura le 24/01/18, 1^{re} année, 19 ans,
mère : professeure en lycées professionnels et technologiques, père : chef d'entreprise)

Alors qu'on aurait pu penser que l'absence de médecins participerait à réduire les relations verticales entre soignants et soignantes, ces lieux suggèrent le contraire. Loin de cultiver les dispositions propres au travail d'équipe, les unités de vie entretiennent plutôt un positionnement d'assistante du médecin, mais aussi paradoxalement celui d'une certaine responsabilité.

À l'hôpital donc, l'actualisation de la culture technique et du travail de collaboration, aux unités de vie, l'entretien des dispositions liées au *care* affectif et éducatif ainsi que l'inculcation d'une certaine soumission et déférence à l'égard du pouvoir médical en même temps que l'apprentissage d'une relation d'autorité avec les aides-soignantes. Une telle analyse et de tels propos ne signifient pas que les infirmières de l'hôpital n'effectuent pas des tâches et des soins mettant en œuvre le *care* affectif et éducatif, ni que les infirmières en lieux de vie ne savent pas effectuer de soins techniques, ni qu'elles n'y travailleraient jamais en collaboration avec les autres professionnels et professionnelles de santé. Il s'agit plutôt de montrer que le contexte d'exercice (fonctionnement des établissements, personnels et professionnelles présents, types de patients accueillis...) a un impact sur les soins effectués et sur les dispositions les plus fréquemment mobilisées. Les données recueillies sur la psychiatrie corroborent ce point.

VI.3 La psychiatrie, un monde à part, à la croisée des interactions affectives, de l'éducatif et de la clinique

Le rôle des infirmières en psychiatrie, et les tâches qui leur incombent divergent de ce qui a été mis en évidence précédemment (Longchamp et al., 2020 ; Mougeot, 2019 ; Ogien, 1987). Cet autre secteur du monde des soins auxquels les étudiantes sont confrontées pendant leurs stages accueille des personnes présentant des troubles mentaux. La présente partie se focalise essentiellement sur le secteur psychiatrique hospitalier et sur les hospitalisations à temps plein puisque c'est celui qui a été enquêté. Les patients hospitalisés y sont dans des situations plus aiguës et plus difficiles que dans les autres secteurs de prises en charge psychiatrique. Ce contexte donne lieu à une forme de travail infirmier relativement singulière qui façonne des dispositions spécifiques chez les étudiantes. Travail interprofessionnel, contribution au diagnostic clinique et prégnance des interactions caractérisent ce secteur.

VI.3.a Un travail interprofessionnel entre euphémisation des rapports de pouvoir et maintien de rapports dissymétriques

Le cadre de fonctionnement déployé pour répondre aux besoins spécifiques des patients n'est pas sans impact sur le type de compétences mobilisées par les infirmières. La psychiatrie, ou au moins la partie hospitalisation de la psychiatrie fonctionne comme le reste de l'hôpital sur un mode interprofessionnel, un constat déjà mis en évidence dans plusieurs travaux (Mougeot, 2019 ; Ogien, 1987).

Ce type de secteur qui accueille des patients en admission, c'est-à-dire ne pouvant pas sortir, est relativement doté en nombre de soignants et de soignantes.

« Ce qu'est cool, c'est qu'ils sont en nombre, t'es pas tout seul avec ton truc. Le matin, t'as quatre infirmiers qui démarrent à 6h, enfin trois. Après t'en as deux qui arrivent qui sont de journée. En gros, au plus fort de la journée, c'est-à-dire aux transmissions d'une heure et demie, du début d'après-midi, t'as une dizaine d'infirmiers pour vingt patients, donc c'est hyper confort quoi. »

(Entretien avec Enrick le 17/01/18, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans,
mère : secrétaire, père : chauffeur)

Camille pose une question à une des aides-soignantes qui est présente sur l'organisation du service. Cette dernière lui explique que le matin il y a trois personnes et l'après-midi trois également. Sur les temps de coupure, il y en a seulement une ou deux.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie admission, le 28/05/18)

Alors que dans les autres services hospitaliers, les infirmières sont en général une pour quinze lits et que ces dernières ne sont qu'une pour 30 résidents en FAM et près d'une pour 80 dans les deux EHPAD enquêtés, elles sont une pour dix patients selon Enrick en psychiatrie¹⁶⁷.

Une telle importance numérique proportionnellement à d'autres services va de pair avec un travail interprofessionnel et une euphémisation des rapports de pouvoirs, et ce, malgré les rapports dissymétriques persistants.

Comme à l'hôpital, la salle des soignants et soignantes est commune aux infirmières et aides-soignantes. Les autres professionnels et professionnelles, notamment les psychiatres et psychologues y sont fréquemment présents. Les journées s'ouvrent sur des transmissions orales conjointes :

Transmission du matin, appelée « STAF ». Sont présents : un médecin, deux infirmières, un infirmier, un aide-soignant et une aide-soignante ainsi que deux étudiantes, Camille et l'étudiante aide-soignante. [...] Le médecin lance la transmission. Il demande à commencer dans l'ordre inverse d'hier. Marie-Charlotte [l'infirmière] donne l'état du premier patient. L'aide-soignante et l'autre infirmier donnent leurs avis. Pour le patient suivant, le médecin demande des nouvelles de l'avancement du projet des activités. Marie-Charlotte répond. Le médecin parle du traitement et précise qu'il doit aller en hôpital de jour et qu'il verra la patiente pour ça après sa permanence. Marie-Charlotte va voir la patiente pour la prévenir. Elle demande à l'aide-soignant de prendre la suite des transmissions, car celui-ci y a assisté ce matin. Il paraît surpris, rigole puis prend sa feuille.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie admission, le 29/05/18)

Bien que dans cette scène le médecin apparaisse en position de domination professionnelle puisqu'il distribue la parole, règle l'ordre des interactions et prend des décisions attestant ainsi du maintien d'un rapport de pouvoir, l'ambiance laisse apparaître une certaine complicité et des relations de sociabilité entre aides-soignantes et infirmières. Un cadre qui caractérise ce secteur selon les étudiantes.

Ces dernières mettent notamment en avant le partenariat interprofessionnel avec les médecins qui se trouve particulièrement développé par-delà la dissymétrie du pouvoir. Plus que dans les autres services hospitaliers, une partie du travail des infirmières se fait en binôme avec eux, notamment les entretiens auprès des patients comme l'explique Enrick, étudiant en première année, à la suite de son stage en psychiatrie :

« Il y a des contacts fréquents avec les médecins ou pas ?

– Ouais, alors là où j'étais, c'était cool parce qu'il y avait deux médecins, psychiatres [...] C'est vraiment un travail en collaboration avec eux, c'est-à-dire que tu fais des entretiens thérapeutiques avec eux. Par exemple, tel médecin va suivre tel patient et bah il va demander à

¹⁶⁷ Un tel constat effectué par l'étudiant et corroboré par les observations ne vient en aucun cas porter un jugement sur le caractère suffisant (ou non) du taux de personnels soignants et de professionnelles soignantes présents dans ces établissements. Il permet seulement ici de rendre compte de l'importance relative du nombre de soignants et de soignantes comparativement à d'autres secteurs.

l'infirmière référent de venir avec lui pour l'entretien et après l'entretien, tu débriefes avec le médecin : tiens...

– Et les deux parlent pendant l'entretien ?

– Ça peut, mais c'est plutôt le psychiatre qui parle quand même. Mais du coup un beau travail de collaboration. »

(Entretien Enrick le 17/01/18, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

Si une relation dissymétrique persiste comme l'indique la distribution de la parole constatée par ce stagiaire, une relation interprofessionnelle et un travail d'équipe s'établissent. Les situations observées au cours du stage de Camille le confirment. Les médecins sollicitent l'infirmière et la stagiaire pour mener les entretiens. Comme l'explique Enrick, l'entretien est principalement conduit par ces derniers, mais à l'issue de cette activité, ils consultent et prennent souvent appui sur les infirmières pour avoir leur avis et leurs ressentis sur la situation, comme ici :

Retour dans la salle des soignants. Camille a pris des notes sur l'entretien. Le médecin et l'infirmier parlent du patient. Le médecin dit à Camille que le patient est bien intégré, qu'il a un comportement adapté dans l'institution, mais que son discours est délirant. L'infirmier et le médecin continuent de se concerter autour du discours du patient.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie admission, le 30/05/18)

L'analyse de ce qui s'est passé au cours l'entretien est faite à partir d'un échange entre infirmière et médecin. Chacun donne son interprétation de ce qui vient de se passer.

Une telle position de l'infirmière au côté des médecins est largement apprise au cours du stage comme l'illustre parfaitement cet échange entre le médecin et Camille :

11h40 : Retour de l'entretien. L'infirmier suggère à Camille de lire le dossier du patient. Le médecin lui demande s'il y a des choses qui lui ont paru bizarres. Camille dit qu'elle a repéré chez le patient un problème d'élocution et qu'elle a trouvé étrange qu'il veuille autant d'enfants. Elle demande si c'est un délire. Le médecin lui demande ce qu'elle en pense. Camille souligne qu'il a parlé de « vrais parents ». L'infirmier précise que le patient a des désirs autour de la filiation. Le médecin lui explique et revient sur la diminution des délires.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie admission, le 29/05/18)

L'interrogatoire mené par le médecin ne vise pas tant à prendre l'avis de Camille pour participer au diagnostic, mais il vient plutôt garantir la bonne compréhension de la situation clinique par l'étudiante. Au-delà de ce souci d'explicitation, un tel échange permet de voir comment se construit progressivement ce rapport de complémentarité avec les médecins et la légitimité à s'ériger en interlocuteur de ce dernier (Longchamp et al., 2020). Le médecin fait une place légitime à la parole de la stagiaire, non seulement en lui donnant la parole, mais surtout en considérant et en étayant ses observations. En outre, il contribue à développer les compétences interactionnelles et personnelles de l'ordre de l'intuition chez l'étudiante (Longchamp et al., 2020).

Une telle position des psychiatres donne l'impression d'une disparition de la hiérarchie à certaines stagiaires, ou plus précisément d'une euphémisation du rapport de pouvoir et d'un ré-équilibre du différentiel de pouvoir et de légitimité, c'est le cas pour Enrick :

« Au niveau hiérarchie, tu sens pas la hiérarchie vraiment. Enfin tu sens, tu sais que c'est les médecins, que c'est eux qui font la prescription et tout ça, mais c'est vraiment un travail en collaboration avec eux. »

(Entretien Enrick le 17/01/18, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

Néanmoins, comme le montrent très nettement ses propos, cela ne signifie pas pour autant qu'il perçoit le rapport à ces derniers comme symétrique. Enrick persiste par exemple à mettre en avant le rôle « prescripteur » du médecin.

Se forge alors à l'hôpital psychiatrique un positionnement de collaboration interprofessionnel qui outre l'apprentissage d'un rapport de domination professionnelle, transmet une euphémisation des rapports de pouvoir avec les médecins. Cette organisation et les spécificités du public accueilli dans ces établissements impulsent alors une certaine orientation au travail des infirmières, qui s'avère largement lié à la participation au diagnostic clinique.

VI.3.b La participation au diagnostic clinique, facette importante du travail infirmier à l'hôpital psychiatrique

L'enquête conduite en hôpital psychiatrique confirme l'importance faite à la « clinique » dans ce secteur, c'est-à-dire aux actions et interactions relevant du soin psychiatrique à destination des patients (Mougeot, 2019). Plus précisément, les infirmières endossent un rôle non négligeable dans le diagnostic de ce type, à la fois par le biais de leur contribution au recueil de données, mais aussi par la mise en avant de leur regard spécifique lors des discussions interprofessionnelles.

Comme l'explique cet étudiant de première année, une part importante du travail infirmier dans ce secteur est consacrée à l'observation de l'état de santé des patients, mais aussi à celle des effets du cadre et des traitements donnés :

« Vachement de clinique en fait, d'observations aussi quotidiennes. Comment ils sont en lieu de vie ? Observer aussi les effets de l'introduction des traitements, tu as tout ça quoi. Comment ça évolue leur comportement, leurs troubles... »

(Entretien Enrick le 17/01/18, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

Les infirmières et futures infirmières doivent ainsi mener un important travail de recueil de données et d'« observances thérapeutiques » (Mougeot, 2019) qui sert l'établissement du diagnostic et des traitements comme il me le confie plus tard :

« Et puis tu as vraiment un rôle aussi dans le diagnostic en fait, c'est-à-dire qu'à un moment donné les médecins à un moment donné, ils vont aussi se baser sur ce que t'as écrit comme observations.

– Ouais, ça, tu l'as ressenti ce rôle-là ?

– Ouais, ouais, ouais, et je me suis mis assez rapidement à poser par écrit tu vois. Tu discutes avec un patient, tiens qu'est-ce que tu as observé ? tac une petite transmission. Ça aide aussi le psychiatre, lui, à observer les signes [...] T'as la clinique au quotidien pendant les repas, pendant les activités tout ça. C'est là que tu peux vraiment ramener des éléments qui aident à soit poser un diagnostic, soit infirmer, ou confirmer. »

(Entretien Enrick le 17/01/18, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

Dans cette perspective, comme le suggèrent les propos de cet étudiant, l'observation et les interactions ont une place particulièrement importante. C'est par ce biais que les infirmières et futures infirmières obtiennent des informations sur le patient.

Dès le début de leur stage, les étudiantes sont d'ailleurs explicitement invitées à se saisir de ces compétences interactionnelles et observationnelles :

La cadre lui donne quelques conseils, notamment de recueillir des données en prenant contact avec les patients avant de lire les dossiers.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie admission, le 28/05/18)

Les professionnelles comme cette cadre de santé insistent sur leur importance. Un cadre particulier est par ailleurs établi pour les développer. Les infirmières qui encadrent Camille lui expliquent qu'elle doit consacrer l'intégralité de sa première semaine à l'observation et à la prise de contact avec les patients.

Outre cette participation à la constitution du matériau à partir duquel va s'établir le diagnostic clinique, les observations montrent que les infirmières contribuent à l'établissement même du diagnostic et du traitement.

Comme l'illustre le dépouillement de l'emploi du temps de la stagiaire suivie dans ce type de secteur, une partie non négligeable de son travail consiste en des transmissions ou des échanges entre professionnels et professionnelles au sujet des patients. L'analyse quantitative du quotidien de Camille en stage en admission montre en effet que l'ensemble de ce type de tâches constitue entre 40 et 50 % de ses journées. Il s'agit d'ailleurs de l'activité à laquelle elle se livre le plus. Camille passe ainsi la plus grande partie de son temps à échanger autour des patients.

Comme nous l'avons vu précédemment, ces entretiens et ces échanges directs avec les autres professionnels et professionnelles de santé, lors des débriefings ou des transmissions par

exemple en ce qui concerne les temps institutionnalisés, sont orientés vers une participation au diagnostic clinique. Les infirmières viennent apporter leur regard sur l'état de santé du patient en donnant notamment des éléments d'analyse relevant des modèles issus des sciences infirmières (Longchamp et al., 2020).

« Du coup, là, on mettait en pratique tout ce qui était raisonnement clinique tu vois, donc euh... »
(Entretien Enrick le 17/01/18, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

L'infirmière contribue ainsi avec les autres professionnels et professionnelles à définir le traitement et le cadre de soins pour le patient (Mougeot, 2019 ; Ogien, 1987). Un tel rôle conduit les étudiantes à mobiliser le cadre des sciences infirmières et les savoirs associés à la culture scientifique (Longchamp et al., 2020) qui leur ont été transmises à l'IFSI.

L'hôpital psychiatrique s'avère donc un lieu de stage où les stagiaires réinvestissent fortement les apprentissages liés au modèle des sciences infirmières que ce soit en matière de raisonnement ou de recueil de données empiriques. Elles entretiennent à cette occasion particulièrement les dispositions liées à la culture scientifique.

VI.3.c Les soins infirmiers en psychiatrie, du relationnel et de l'éducatif

Ce secteur se caractérise également par la nature des soins dispensés. Plus qu'ailleurs, ces derniers prennent la forme de soins relationnels et éducatifs. Un constat qui se retrouve dans les travaux récents retraçant l'espace infirmier (Longchamp et al., 2020).

Contrairement à d'autres secteurs dans lesquels exercent les infirmières, la technicité est peu mise en avant en psychiatrie. Les étudiantes en soins infirmiers associent d'ailleurs peu ce secteur à cette dimension de leur travail.

« Voilà, c'était assez plat... [...] [Psychiatrie] c'est pas un service dans lequel je me verrai aujourd'hui... [...] Quelque chose de plus technique quoi... »

(Entretien avec Emma le 9/01/18, 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

« Comme je disais aux filles hier, bah ça m'étonnerait même pas que plus tard, tu vois dans dix ans, quand j'en ai marre du technique et tout, bah je finisse en psy parce que j'aime vraiment bien ce relationnel. »

(Entretien avec Shana le 12/01/18, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Les observations confirment cette impression. Les soins techniques apparaissent dans le stage observé effectivement peu fréquents et peu divers. Ils sont centrés sur la distribution de gouttes

et l'administration d'injections ou les changements de pansements. Sur les trois premiers jours de stage de Camille en psychiatrie, seules 30 minutes y ont été consacrées. Les temps auprès du patient qui comprennent les temps de distribution des médicaments, d'entretiens ou de discussions informelles représentent quant à eux entre 20 et 30 % de sa journée. Ce qui suggère que pendant près d'un tiers de son temps la stagiaire est en contact avec les patients.

Comme pour les unités de vie, le travail des infirmières dans ce lieu consiste à interagir avec les patients :

« Donc ouais, c'est beaucoup de soins relationnels, des échanges, tout ça. »

(Entretien Enrick le 17/01/18, 1^{er} année, éducateur spécialisé, 37 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

La dimension interactionnelle occupe selon cet étudiant une place majeure du travail infirmier dans ce secteur. Un tel poids est confirmé par le discours des professionnelles de terrain. Ces dernières incitent fortement les étudiantes à engager ce type de savoirs au cours de leurs stages.

Son tuteur lui explique que la première semaine sera consacrée essentiellement à de l'observation, *« rien de plus »*. Il lui explique que ce sera pour elle l'occasion d'aller au contact des patients. [...] La cadre l'invite à passer le moindre temps qu'elle peut avec les patients.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie admission, le 28/05/18)

Dès les premiers pas de Camille dans ce secteur, cette dimension est valorisée comme nous l'avons vu précédemment. Cette spécificité du travail infirmier ressort d'ailleurs de la thèse L. Girard (2018). Elle y montre que la communication est le fondement de la prise en charge psychiatrique et constitue la particularité de ce secteur.

Néanmoins nous l'avons vu au travers des analyses précédentes, la dimension interactionnelle peut prendre différentes formes dans le travail infirmier. *« Qu'en est-il dans ce secteur ? Quels types d'interactions sont menés de manière privilégiée ? »* Le discours des enquêtés et les observations sur le terrain suggèrent que celles-ci arborent une relation assistancielle proche de celles que mettent en œuvre les assistants et assistantes de service social (Serre, 2009) ou les éducateurs et éducatrices. Plusieurs des tâches des infirmières renvoient à celles de travailleurs et travailleuses du social.

Comme le souligne cet ancien éducateur, les infirmières en psychiatrie ont un travail social et éducatif. Derrière l'importance du « relationnel » se dissimule une « dimension pédagogique » (Serre, 2009).

« En fait, t'as des croisements quoi. C'est ce que je disais à des moments à l'équipe. En fait, il y a quand même un rôle éducatif quoi, j'pense. Enfin, moi ce que je voyais. Et puis des fois, ils... Y a certains patients, il faut savoir cadrer aussi. T'as tout un rôle euh..., même si certains se défendaient un peu de ça en disant "ah non, non, on n'est pas dans l'éducatif". Si je pense que quand même il y a des

moments, il faut savoir cadrer un peu les gens. Alors, cadrer, pas dans le sens autorité machin, mais il faut leur donner des repères, les solliciter. »

(Entretien Enrick le 17/01/18, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 37 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

L'écoute et les conseils dispensés ont pour but d'aider les personnes à surmonter leurs difficultés (Serre, 2010). Dans cette perspective, les infirmières doivent non seulement faire appliquer un cadre fixé aux patients (Mougeot, 2019) comme pourrait le faire les éducateurs et éducatrices pour faciliter la réinsertion des patients ou les assistants et assistantes de service social pour assurer la « mise en ordre » des familles (Serre, 2010), mais aussi parfois trouver des solutions à des conduites addictives. Camille l'apprend lors de son premier jour en psychiatrie admission, dans ce secteur, les cigarettes, l'alcool et l'argent ne sont pas toujours en libre accès.

Camille demande à quoi servent les casiers qui sont à l'entrée. L'infirmier lui répond que ce sont des lieux qui servent à garder les cigarettes et l'alcool des patients et pour ceux qui n'arrivent pas à le gérer, leur argent.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie admission, le 28/05/18)

Ça frappe à la porte. Camille va voir. Un patient réclame des cigarettes. Elle lui répond que c'est une par heure et vérifie auprès de l'infirmière qui est dans la salle de soins si elle peut lui en donner.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie admission, le 30/05/18)

Les infirmières régulent l'utilisation par les patients de certains produits. Elles ont un rôle d'encadrement et d'accompagnement de la gestion de la vie quotidienne. À l'instar de ce que font les assistants et assistantes de service social (Serre, 2009), ces dernières visent la transformation des conduites de leurs patients. Elles cherchent à faire disparaître et à résoudre les difficultés de ces derniers pas seulement dans le cadre d'une prestation de service, mais dans une relation d'accompagnement des patients.

À l'instar des travailleurs et travailleuses du social, elles sont régulièrement confrontées à des situations familiales conflictuelles dans lesquelles elles interviennent (Serre, 2010). La discussion autour d'un retour à domicile d'un patient ayant connu un parcours d'abandon et qui a fait une dépression à la suite du départ de sa mère illustre parfaitement ce point.

L'infirmière dit qu'*a priori* il n'est pas en fin de vie. Elle parle de dépression face à l'abandon. La psychologue intervient pour dire qu'il s'agit de leur interprétation et pas de la sienne. [...] Elle demande ensuite dans quelle mesure il faut maintenir l'autorisation du patient à voir sa mère étant donné sa situation [...] 14h : Deux infirmiers vont accompagner la sortie du patient. Elles donnent des informations sur le départ. [...] Elle pose des questions sur l'aménagement de la douche. L'infirmier dit qu'il ira voir demain pour prendre des photos et qu'il verra s'il peut le faire lui-même ou s'il faut faire appel à quelqu'un.

(Observation, stage de fin de première année de Camille, psychiatrie admission, le 28/05/18)

L'accompagnement de ce patient vers sa sortie suppose le nettoyage de son appartement et nécessite encore aujourd'hui des décisions relatives à ses relations, mais aussi une prise en charge de son espace de vie. Comme les éducateurs, éducatrices ou les assistants et assistantes de service social, une part non négligeable du rôle des infirmières en psychiatrie est de restaurer l'autonomie des patients et de les conduire à se réinsérer dans la société. Ces professionnelles sont chargées de « la mise en ordre » de la vie des patients (Serre, 2010). Le service d'admission est d'ailleurs considéré comme un secteur transitoire qui doit mener à la sortie des patients.

Une partie de la gestion de ces différentes missions se fait par le biais d'activités dites « thérapeutiques » comme la marche, l'équithérapie, ou des activités d'expressions scéniques, etc. qui ne sont pas sans rappeler les activités socio-éducatives menées par les éducateurs et éducatrices. Selon Shana, le soin infirmier dans ce secteur s'approche en ce sens de l'animation :

« Et l'extrahospitalier en fait, c'est la réinsertion des personnes [...] En fait c'est le CATTP [centre d'accueil thérapeutique à temps partiel], puis c'est que des activités et puis bah pareil, ça rejoint un peu mon, tu sais, mon BAFA¹⁶⁸ et mes trucs d'animatrices. C'était des animations tous les jours, par exemple le matin on allait avoir escalade, et puis l'après-midi on allait aller au théâtre »

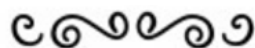
(Entretien avec Shana le 12/01/18, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Les stages en psychiatrie cultivent de manière privilégiée des tâches d'animation. Néanmoins, comme le souligne Enrick en entretien et comme le montre L. Girard (2018) dans son travail, ces dispositions « relationnelles » et « pédagogiques » sont au service du soin.

« Après, le travail, il est quand même différent quoi. T'es quand même vachement sur l'expression de la maladie. »

(Entretien Enrick le 17/01/18, 1^{er} année, éducateur spécialisé, 37 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

L'objet du travail infirmier dans ce secteur est ainsi aussi curatif, à l'instar de ce qui a pu être mis en évidence à l'hôpital. Ce sont les modalités pour parvenir à cette finalité qui sont bien différentes de ce qui se fait à l'hôpital.



Une telle analyse conduite à partir des différences observées au sein de divers lieux de stages vient renforcer les constats récents de plusieurs sociologues (Longchamp et al., 2020) qui ont cherché à rendre compte de ce qu'ils appellent « l'espace infirmier » à partir des

¹⁶⁸ Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur.

caractéristiques et des prises de position des infirmières. En partant ici non pas des individus, mais des postes de travail, ce chapitre montre comment les différents secteurs du soin offrent des « matrices de socialisation » diverses (Millet, 2003), notamment en matière de rapport au temps, au pouvoir médical, mais aussi à la dimension interactionnelle, technique et scientifique de leur travail, aboutissant ainsi à retrouver les constats du travail précité à partir d'une autre démarche empirique.

L'exercice infirmier au sein de services hospitaliers est particulièrement soumis au temps de l'urgence et au travail interprofessionnel. Les stages dans ces secteurs sont dès lors propices non seulement à l'entretien de dispositions de collaboration, mais aussi à celui d'une certaine rapidité et d'une capacité à optimiser son temps. Le public et les soins à accomplir sont l'occasion d'entretenir une certaine habitude de la technique et de la réflexivité.

Dans les unités de vie, le cadre est tout autre. À la fois largement marqué par la lenteur et la hiérarchie plus visible, ces structures sont aussi des lieux dans lesquels les infirmières se trouvent souvent en position de personnes les plus diplômées. Les stagiaires sont alors amenées à investir des dispositions liées à l'autonomie et à la responsabilité de manière concomitante à l'apprentissage d'une soumission et d'une déférence à l'égard du pouvoir médical. Les soins à administrer sont essentiellement tournés vers les soins de confort et de bien-être ainsi que vers l'accompagnement de la vie quotidienne, offrant ainsi la possibilité de cultiver un *care* affectif et des dispositions interactionnelles associées au *care*, plutôt que des dispositions liées à la technicité.

Enfin, dans les secteurs hospitaliers de psychiatrie, les infirmières jouent un rôle non négligeable dans la clinique à la fois dans l'établissement du diagnostic et dans l'administration des soins avec les autres professionnels et professionnelles. Ces lieux sont donc propices à l'investissement de dispositions à la collaboration, mais surtout à la mise en œuvre de dispositions liées à la culture scientifique, et notamment à la recherche. Les futures infirmières ont en effet à mettre en œuvre des compétences interactionnelle et observationnelle ainsi qu'à réaliser du recueil de données et de l'analyse. Elles ont également dans cette perspective à investir un relationnel assistancier.

Ce chapitre est l'occasion d'identifier la diversité des types de *care* mis en œuvre par les infirmières en fonction des services. Dans les services hospitaliers, les infirmières mobilisent essentiellement un *care* technique qui fait appel aux connaissances des machines et à la physiologie pour expliquer les évolutions de l'état de santé et les traitements aux patients et à leurs familles. Au sein des unités de vie c'est plutôt un *care* affectif proche du *care*

domestique qui se trouve mobilisé. Enfin, en psychiatrie admission, il apparaît que la dimension pédagogique et assistancielle est particulièrement présente.

Si les conclusions énoncées laissent de côté plusieurs secteurs (libéral, soins de suite et de réadaptation, etc.) et ne permettent de faire ressortir que certains points saillants du fonctionnement de chaque lieu de soins, elles montrent qu'en fonction du type de stages suivi les différentes dispositions mises en évidence dans les chapitres précédents sont plus ou moins exercées. Les futures infirmières n'entretiennent pas les mêmes apprentissages. La socialisation produite diverge. En fonction de leurs affectations, elles sont confrontées à telles ou telles faces du travail infirmier. Les stages qu'elles effectuent dans différents services les conduisent ainsi à découvrir différentes conceptions de l'activité (Girard, 2018; Hardy-Dubernet, 2015).

Troisième partie :

**RENOUVELLEMENT
ET SPÉCIFICATION
D'UN « ÉTERNEL FÉMININ »** 169

¹⁶⁹ Expression empruntée à Francine Muel-Dreyfus (1996) : « *L'éternel féminin* est une création continuée, jamais achevée, toujours renouvelée, qui doit son caractère atemporel et ahistorique au fait que les schèmes les plus anciens se transforment sans se transformer pour venir étayer de nouveaux usages sociaux – politiques, culturels, institutionnels – de la soumission féminine » (p. 366).

Nous venons de le voir au sein des deux parties précédentes, la formation en soins infirmiers cultive aujourd'hui des savoirs et génère des dispositions qui vont bien au-delà de l'idéalisation philanthropique de cette activité professionnelle et d'une « culture féminine catholique » (Muel-Dreyfus, 1996), c'est-à-dire d'une identité féminine traditionnelle qui fait une large place à l'éthique du *care*. Les enjeux de professionnalisation sous-tendant le travail infirmier ainsi que les évolutions récentes de cette activité professionnelle vont de pair avec l'imposition dans la formation d'une définition du travail infirmier liée à l'image d'une « scientifique du *care* » et relativement ingénierisée. Que ce soit au sein des instituts ou au cours de leur stage professionnels, les futures infirmières entretiennent des savoirs liés aux cultures scientifique et technique. Elles sont par ailleurs conduites à intérioriser un fonctionnement plus horizontal que hiérarchique et sont préparées à endosser des responsabilités ainsi qu'une relative autonomie. Leur formation contribue à cultiver chez elles des dispositions qui font traditionnellement défaut aux femmes et qui sont imputées aux hommes (Baudelot & Establet, 1992 ; Bourdieu, 1998). Le hiatus entre femmes et sciences, mais aussi entre femmes et techniques ne tient pas.

De telles conclusions pourraient laisser penser que la formation en soins infirmiers ne vient pas forcément renforcer les inégalités de genre, voire qu'elles participent pour certaines à remettre en cause une socialisation genrée traditionnelle. En entretenant chez celles qui suivent ce cursus des dispositions qui sont le plus souvent peu reconnues aux femmes, elle éloignerait les futures infirmières de la « culture féminine catholique » (Muel-Dreyfus, 1996) et d'une idéalisation philanthropique de cette activité professionnelle. Mais est-ce vraiment le cas ? Les cultures scientifique et technique transmises permettent-elles vraiment d'éloigner les étudiantes d'une assignation à des dispositions supposées féminines ?

La transmission des cultures scientifiques et techniques au sein d'une formation féminisée ne garantit pas l'absence de socialisation genrée. La mise en œuvre concrète des savoirs associés se décline dans ce cursus au féminin. Autrement dit, la transmission de ces cultures participe aussi à entretenir des dispositions supposées féminines (Chapitre VII). Une analyse fine de la socialisation genrée produite et des traits sociaux considérés comme féminins transmis par l'ensemble de la formation conduit à deux constats. D'une part, le *care* véhiculé dans cette formation s'avère relativement singulier. Les dispositions associées ne correspondent ni à celles mises en évidence dans la formation des aides-soignantes (Arborio, 1995), ni à celles opérant dans les formations d'aide à la personne (Skeggs, 2014). (Chapitre VIII). D'autre part,

ce qui se joue tout au long de ce cursus, c'est le façonnement d'un « style de féminité » (Avril, 2014) singulier socialement situé (Chapitre IX).

La socialisation de genre produite se révèle imbriquée dans d'autres processus de socialisation (Darmon, 2006). Ces trois chapitres sont donc aussi une invitation à prendre toute la mesure de la valeur heuristique d'une réflexion qui pense ensemble sexe et classe sociale (Baudelot & Establet, 1992 ; Kergoat, 1982, 2000 ; Skeggs, 2014) et à ne pas se cantonner à l'étude d'une continuité des phénomènes de genre (Lemarchant, 2017 ; Rasera & Renahy, 2013) qui fait courir le risque d'occulter certaines dispositions mises en œuvre dans les activités professionnelles féminisées (Cartier & Lechien, 2012 ; Le Feuvre et al., 2012), réifiant ainsi l'association de certaines dispositions à l'un ou l'autre des sexes.

Chapitre VII

Renouvellement de l'ordre du genre

Ce premier chapitre de la dernière partie est centré sur le façonnement des dispositions cultivées par la transmission des cultures scientifique et technique dans cette formation. L'enjeu est ici de montrer comment la transmission des savoirs scientifiques et techniques participe tout de même à la (re)production d'une socialisation genrée.

Malgré la présence des cultures scientifique et technique dans la formation et l'activité professionnelle à laquelle les étudiantes en soins infirmiers se forment, ces dernières apprennent au cours de cette formation à se plier à une répartition genrée des savoirs. Elles se voient tout d'abord assignées à une partie restreinte du « champ scientifique » (Bourdieu, 1976)¹⁷⁰ qui est un pôle déjà féminisé et relativement dominé du point de vue de la légitimité et des postes auquel il donne accès (I). En outre, elles apprennent à invisibiliser leur usage des cultures scientifique et technique dans la mise en œuvre de leur activité d'infirmière ce qui contribue à les éloigner visiblement de ces cultures traditionnellement perçues comme étant l'apanage des hommes (II). Au-delà de cet éloignement des domaines et des savoirs supposés masculins, la transmission et la mobilisation de ces cultures dans cette formation participe paradoxalement à cultiver des dispositions supposées féminines étroitement liées à celles acquises dans la sphère domestique comme la dextérité, la patience, l'écoute (III).

Loin d'être systématiquement empreintes de dispositions traditionnellement attribuées aux hommes comme le défendent un certain nombre de recherches (Baudelot & Establet, 1992 ; Blanchard et al., 2016 ; Bourdieu, 1998 ; Duru-Bellat, 2004), les cultures scientifiques et techniques peuvent se décliner au féminin, c'est-à-dire contribuer à perpétuer un rapport au

¹⁷⁰ P. Bourdieu définit le champ scientifique comme : « le lieu (c'est-à-dire l'espace de jeu) d'une lutte de concurrence qui a pour enjeu spécifique le monopole de l'autorité scientifique inséparablement définie comme capacité technique et comme pouvoir social, ou si l'on préfère, le monopole de la compétence scientifique, entendue au sens de capacité de parler et d'agir légitimement (c'est-à-dire de manière autorisée et avec autorité) en matière de science, qui est socialement reconnue à un agent déterminé. » (Bourdieu, 1976, p. 89)

monde, mais aussi aux savoirs traditionnellement associés aux femmes. Malgré les cultures scientifiques et techniques qui leur sont transmises, les étudiantes en soins infirmiers n'échappent pas aux assignations genrées. Au contraire, l'ensemble de la socialisation opérant dans cette formation dont le public est essentiellement féminin participe à produire un certain « ordre du genre »¹⁷¹ (Clair, 2008 ; Clair & Descoutures, 2009) : une « nouvelle forme d'éternel féminin » (Muel-Dreyfus, 1996).

¹⁷¹ Cette notion désigne la manière dont le monde est organisé à la fois selon une différenciation entre le féminin et le masculin, mais aussi en fonction d'une hiérarchisation entre les deux. Si c'est ce concept et non ceux de « rapports sociaux de sexes » ou de « domination masculine » qui a été retenu, c'est qu'il permet de souligner la double dimension du genre : à la fois source de classement en termes de féminin et masculin, mais également d'injonctions s'exerçant sur les individus de chaque sexe dans leurs rapports sociaux. Une telle approche permet de comprendre comment sont construites les identités de genre et de proposer une redéfinition de la « domination masculine » (Bourdieu, 1998).

VII.1 Une percée dans le champ scientifique en demi-teinte

Dans un premier temps, l'analyse fine de la culture scientifique transmise dans cette formation et mise en œuvre dans le travail que vont réaliser les infirmières permet de voir comment cette institution d'enseignement participe au positionnement des étudiantes, qui sont surtout des femmes, dans une partie restreinte, largement féminisée et dominée du champ scientifique. Loin d'avoir accès à l'intégralité du champ scientifique, elles se voient cantonner au « bastion féminin des sciences » (Blanchard et al., 2016 ; Fox, 2006 ; Mosconi, 1994 ; Renisio, 2016). Elles sont éloignées des savoirs scientifiques les plus prestigieux et reconnus comme tels dans un mouvement concomitant à un positionnement dans les sciences appliquées et à une invisibilisation de leur usage des sciences. Une telle organisation de la transmission de la culture scientifique cantonne les étudiantes à un champ dominé des sciences et participe à leur mise à l'écart de cette culture pourtant valorisée et mobilisée dans leur formation.

VII.1.a L'accès borné au « pôle féminin » de la culture scientifique

L'étude détaillée de la culture scientifique transmise permet d'entrevoir que les étudiantes n'ont pas accès à l'intégralité des sciences. Elles ne sont confrontées au « bastion masculin » des sciences que de manière informelle et peu visible.

Si l'on analyse de plus près le type de culture scientifique mis en avant dans cette formation, on constate que le référentiel mentionne des enseignements relatifs aux « sciences humaines » et aux « sciences biologiques » ainsi qu'aux « sciences infirmières ». Des cours de sociologie, de psychologie, de pharmacologie, de biologie avec des intervenants et intervenantes venant de l'extérieur appartenant à ces disciplines sont ainsi prévus. Certains enseignements évoquent des disciplines scientifiques telles que l'épidémiologie, l'anatomie, la physiopathologie, l'étiologie, la symptomatologie. Ces sciences sont présentées comme contributives et sont pensées comme des cultures à mobiliser dans la pratique des infirmières, comme nous l'avons vu précédemment (*cf.* Chapitre II).

Toute une partie de la culture scientifique s'avère relativement absente de ce référentiel et de la formation. Les mathématiques, la physique ou la chimie ne sont pas explicitement nommées dans le référentiel. Pourtant, elles ne sont pas complètement absentes. Les étudiantes

sont amenées à mobiliser des outils et des connaissances relevant de ces domaines au cours de l'apprentissage de leur future activité professionnelle. Dès le début du cursus, les formatrices invitent d'ailleurs les premières années à en prendre conscience :

Romane [une formatrice] leur demande quelles sont les ressources externes [...] Gwenaelle [l'autre formatrice] demande si l'infirmière a besoin de mathématiques. Clotilde approuve et le justifie en expliquant qu'elle doit faire des calculs de doses. Romane approuve.

(Observation, présentation des médicaments, UE 2.11, le 18/09/17)

Cette formatrice amène les étudiantes à considérer qu'elles vont devoir mobiliser des compétences calculatoires. La présentation des enseignements sur les médicaments est aussi l'occasion de le leur rappeler. Diane, une autre formatrice insiste sur l'importance des calculs de doses, et les invite à « apprendre à compter »¹⁷². Ce type de compétences n'apparaît pas uniquement comme un prérequis. Des enseignements dispensés au sein de l'institut sont prévus pour les entretenir. Lors de plusieurs cours de biologie, les étudiantes sont amenées à manipuler des formules et des calculs qui leur permettent d'entretenir des connaissances et des outils issus des mathématiques :

Christelle [formatrice] demande comment est calculé l'hématocrite. Une étudiante donne la formule. Les formatrices la valident, mais lui demandent concrètement comment il faut faire. Un étudiant propose une réponse sans lever la main. Christelle valide et explique comment réaliser ce test de sédimentation. Elle précise que ce calcul permet de comprendre pourquoi le résultat est en pourcentages.

(Observation, TD transfusion sanguine, le 8/02/17)

Dans cette situation, elles sont par exemple invitées à réaliser des calculs qui permettent d'aboutir aux résultats d'une analyse de sang. D'autres enseignements sont l'occasion de les confronter aux produits en croix qui leur servent directement dans leur pratique professionnelle, pour les calculs de doses notamment.

Gwladys [la formatrice] passe ensuite à l'étape suivante et parle des calculs de doses. Elle leur demande de les faire. Chacun prend une feuille et réfléchit seul. Une des étudiantes intervient pour dire qu'elle est en train de se tromper. Gwladys donne juste une indication. Elle rigole en précisant qu'ils ne doivent pas se retrouver avec un résultat de 1 goutte par minute. Marjorie rigole et barre son calcul puis essaye de nouveau.

(Observation, TP perfusion, le 31/03/17)

Un tel apprentissage a lieu tantôt à l'IFSI comme ici, tantôt en stage comme nous l'avons vu dans la deuxième partie (*cf.* Chapitre I) où plusieurs observations donnaient à voir des infirmières sollicitant les étudiantes sur des calculs de doses ou des calculs pour préparer correctement des médicaments. La bonne réalisation de ce type d'opérations est d'ailleurs

¹⁷² Observations UE 2.11 Présentation des médicaments, le 18/09/17.

évaluée lors des stages. Les calculs font partie des critères d'acquisition de la compétence 4 « *Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique* ».

Au-delà de la mobilisation de ces savoirs, les étudiantes doivent s'appropriier les écritures chimiques.

L'intervenante explique qu'elles doivent être capables de refaire le schéma si elles ont le numéro chimique et qu'elles doivent pouvoir donner les symboles. Elle explique qu'elles doivent également être capables de donner le nombre de liaisons. Elle revient ensuite sur la manière dont se font les liaisons des atomes, puis donne le nombre de liaisons des principaux atomes.

(Observation, cours de biologie sur l'état de la matière, le 14/09/17)

Le discours tenu dans ce cours de biologie de première année laisse entrevoir que les étudiantes doivent savoir manipuler les atomes, leurs symboles ainsi que la notion de liaisons atomiques. Cette nécessité s'est vite vérifiée lors des observations de stage. À plusieurs reprises, les étudiantes y ont en effet mobilisé des notations chimiques sur les prescriptions ou les perfusions.

Contrairement à ce que laisse penser l'absence de mentions directes des usages de connaissances, de démarches et d'outils propres à la culture mathématique, physique et chimique dans le référentiel, les enseignements cultivent en partie ce type de savoirs et l'activité professionnelle à laquelle prépare cette formation les mobilise au quotidien. Comment comprendre une telle invisibilisation d'une partie de la culture scientifique alors même que cette formation promeut la culture scientifique et la démarche de recherche (*cf.* Chapitre II et IV) ? Qu'est-ce qui peut expliquer une telle occultation ?

Les travaux sur l'orientation dans des voies scientifiques permettent d'éclairer ce point. La division esquissée précédemment rappelle celle mise en avant par plusieurs travaux entre un « pôle masculin » et un « pôle féminin » des sciences (Blanchard et al., 2016 ; Fox, 2006 ; Mosconi, 1994 ; Renisio, 2016). Par la mise en avant de l'usage de certains savoirs et d'une certaine culture scientifique relative notamment à la pharmacie, la médecine, la biologie, et aux sciences humaines, dans un mouvement concomitant à l'occultation de ceux liés aux mathématiques, la formation en soins infirmiers positionne les futures infirmières du côté d'un champ des sciences déjà largement féminisé, mais aussi dominé du point de vue du type de savoirs et des positions auxquelles ils donnent accès sur le marché du travail. Cette organisation de la transmission de la culture scientifique au sein de la formation entretient une partition genrée du champ scientifique, mais contribue aussi à tenir à distance les savoirs scientifiques les plus prestigieux et les plus valorisés.

VII.1.b Une culture scientifique tenue à distance ?

Ce positionnement dans un pôle sexué de la science va de pair avec un éloignement de la culture scientifique « dominante » du point de vue de la nature intrinsèque des savoirs¹⁷³ qu'elle mobilise (Blanchard et al., 2016 ; Bourdieu, 1989 ; Fox, 2006). La pédagogie et les modalités mises en œuvre lors de la transmission de la culture scientifique ainsi que le discours tenu par les personnels et personnelles de formation contribuent à maintenir les étudiantes éloignées des savoirs les plus abstraits et les plus complexes qui sont les plus prestigieux et les plus reconnus comme scientifiques (Bouffartigue & Gadéa, 1997 ; Granger, 1993).

Cette mise à distance passe essentiellement par la mise en œuvre d'une « pédagogie de l'allusion » (Grignon, 1971) dans le cadre des enseignements scientifiques « contributifs ». Les enseignements des sciences biologiques et médicales, mais aussi ceux relatifs aux sciences humaines et sociales font « apercevoir aux apprentis des savoirs prestigieux, mais interdits » (Grignon, 1971, p.233). L'étude de ce qui se passe lors de la transmission de ce type de culture scientifique permet en effet de constater que ces cours se déroulent essentiellement sur un mode frontal, « expositif » (Grignon, 1971) et « vertical » (Bernstein, 2007 ; Lemaître, 2009). Les étudiantes interviennent peu. Les cours sont rapides et denses.

« Cette unité, elle est quand même assez dense parce que c'est les bases de bio. »

(Propos tenus par une intervenante pour un cours de biologie sur l'état de la matière le 14.09.17)

Cette forme d'enseignement rend difficile l'appropriation de l'ensemble des connaissances dispensées comme le confie cette étudiante de deuxième année.

Tina dit à propos de la 2.5 [processus inflammatoires et infectieux] et de la 2.8 [processus obstructifs] que ça va vite : *« c'est une tornade, tu as le temps de chopper trois trucs et c'est le partiel ».*

(Discussion informelle avec Tina le 18/09/18, 2^e année, lors du TD sur les examens sanguins)

Tina regrette de n'avoir le temps de saisir qu'un petit nombre de connaissances. Flavia partage ce sentiment.

Flavia évoque notamment l'intervention des personnalités extérieures qui entrent parfois trop dans le détail et ne parlent pas de ce qui va leur être utile à eux. [...] Elle évoque aussi le cas d'un cours de pharmacologie dans lequel l'intervenante avait 180 diapositives à faire passer en deux heures. *« Trop, c'est trop... Il faut qu'ils aillent à l'essentiel. »*

(Discussion informelle avec Flavia le 28/09/17, 3^e année)

¹⁷³ Les savoirs sont hiérarchisés selon des critères comme le degré d'abstraction et les dispositions qu'ils sont supposés requérir (Blanchard et al., 2016 ; Bourdieu, 1989).

Elle insiste elle aussi sur la quantité des données et la vitesse de transmission qui les empêche de s'approprier ces savoirs. Néanmoins, une telle incapacité à appréhender l'intégralité du contenu du cours n'est pas perçue comme un échec pédagogique. Il s'agit même du contraire, si l'on en croit le discours de cette formatrice. Tout n'est pas à retenir, dans les enseignements relatifs aux sciences contributives que les futures infirmières reçoivent.

Sur son diaporama est noté « *Le biphosphonate marqué au technétium 99m* ». L'intervenante lit, mais dit immédiatement après : « *ça on s'en fiche, c'est pour que vous compreniez le principe.* » « *J'abrège, mais vous verrez le principe.* » [...] 14h04 : Elle passe aux radicaux libres. Elle explique comment ils sont obtenus, puis présente ensuite les dysfonctionnements. En lisant sa diapositive, elle précise « *Bon bah ça, c'est du blabla* ». [...] Elle projette une nouvelle diapositive composée d'un schéma et d'une définition. En regardant la définition, « *Les radicaux libres sont des molécules chimiques instables produites en faibles quantités par l'organisme...* » Elle dit « *ça, c'est du blabla* ». Elle se tourne vers le schéma. Elle résume « *C'est pour dire que les radicaux libres sont super dangereux.* ». Une étudiante lui demande si elle pourra rajouter sur leur plateforme les diapositives qu'elle a ajoutées. Elle lui répond « *On verra parce qu'il y en a qui ne servent à rien.* »

(Observation, cours de biologie, état de la matière, le 14/09/17)

Ces cours contribuent à présenter aux étudiantes un certain nombre de connaissances, à leur donner à voir que certains savoirs existent, sans qu'elles aient besoin de les comprendre et de les maîtriser. Cette situation et ce discours tenu aux étudiantes ne sont pas isolés. Il s'agit plutôt de la norme dans ce type d'enseignements, comme le montrent ces deux autres observations conduites dans des cours de biologie :

Mélanie [formatrice] réalise au tableau un schéma d'une chaîne épidémiologique. Astrid le reproduit sur sa feuille. Mélanie projette ensuite une diapositive qui détaille les différentes entrées des virus en fonction du type de virus. Elle commente : « *C'était juste pour vous ouvrir un peu l'esprit. C'est pas la peine de le retenir.* »

(Observation, présentation de l'UE Processus infectieux et inflammatoires, UE 2.5, le 4/09/18)

Mélanie [formatrice] explique ensuite pourquoi on fait la sérologie et dit que c'est pour rechercher l'ADN du virus, mais ne donne pas plus d'explications. Elle se contente d'un « *c'est compliqué.* » Elle évoque les signes biologiques de gravité. Elle souligne que le cours devrait être fait par un médecin ou une médecin. Elle précise qu'il contient des termes techniques, mais qu'elles verront en TD la semaine prochaine ce qu'il faut retenir. « *La CIVD, l'hyponatrémie, la rhabdomyolose* » qui vont être décrites et étudiées sont des termes médicaux. Elle ajoute « *vous n'êtes pas obligés de retenir. C'est compliqué.* »

(Observation, cours de pneumopathologie, le 14/09/18)

La présentation de ces savoirs se révèle assez fragmentaire et non systématique, ce qui les rend inaccessibles aux futures infirmières. Un tel fonctionnement leur fait entrevoir qu'elles n'ont finalement pas accès à cette culture. Quand une des étudiantes demande un support pour garder une trace de ces savoirs, l'intervenante laisse planer le doute sur sa divulgation. La requête de l'étudiante n'aboutira d'ailleurs finalement pas. Une telle pédagogie contribue à tenir à distance les étudiantes des savoirs les plus complexes de cette culture scientifique.

Un tel processus est renforcé par le discours des intervenants et intervenantes, mais aussi des formatrices qui simplifient les connaissances de sciences humaines et sociales, ainsi que de sciences biologiques et médicales transmises au sein de l'institut de formation. En effet, les intervenants et intervenantes venant de l'extérieur laissent entendre aux étudiantes que ce qui leur est donné à voir a été édulcoré.

M. Bounin poursuit la présentation de l'enquête de Paugam en expliquant ce qu'il a vu. [...] Il présente les catégories établies par ce dernier : « *Alors Paugam, il dit, je simplifie hein, je simplifie* ».

(Observations, CM sociologie, 4/04/17)

Le docteur Crispi passe ensuite à la présentation du traitement. Il commente et explique les fonctions de chaque médicament. « *Je vous le fais simple parce que c'est un peu compliqué* ». Il s'excuse à plusieurs reprises lorsqu'il donne des termes qu'il qualifie de « *barbares* ».

(Observations, CM syndrome coronarien, 15/01/17)

Les limites de leur champ de compétences et de connaissances leur sont ainsi constamment rappelées à l'instar de ce que montre C. Gaubert (2006) dans sa thèse sur la formation des masseurs et masseuses kinésithérapeutes. Ce qui relève de leur rôle et ce qui n'en relève pas est explicite, positionnant ainsi les futures infirmières du côté des savoirs partiels.

Les données recueillies par l'enquête de terrain montrent que ce type de transmission est largement critiqué par les étudiantes. Dans cette discussion entre premières années, Enrick rend compte du manque d'explicitations des phénomènes évoqués.

Enrick dit que « *ça l'agace que les intervenants n'aient aucune pédagogie comme ça* ». Il souligne que l'intervenante précédente allait beaucoup trop vite, qu'elle passait une diapositive et passait à la suivante sans qu'ils aient eu le temps de lire. Enrick me dit qu'il ne comprend pas l'idée d'employer un langage et de se placer en « *expert devant des étudiants néophytes* ».

(Observation, pause entre deux cours de première année, le 28/09/17)

Les étudiantes regrettent que les intervenants et intervenantes ne fassent « pas l'effort » de leur transmettre le savoir qu'ils possèdent. Autrement dit, qu'elles et ils n'explicitent pas les différents éléments présentés en cours. Comme le traduisent les propos d'Enrick, leurs pratiques participent à créer un fossé entre les intervenants et intervenantes venant de l'extérieur d'une part et les étudiantes d'autre part. En plus de la « privation » des savoirs, une telle transmission participe donc à la création de frontières et de barrières (Tanguy, 1980) avec les sciences « contributives », mais également avec les « experts » et « expertes » qui les maîtrisent.

Ce fossé est d'autant plus intériorisé par les étudiantes que ces savoirs scientifiques reconnus comme tels sont transmis essentiellement par des intervenants et intervenantes venant

de l'extérieur. En effet, les cours relevant des sciences contributives sont dispensés en grande majorité par des universitaires : médecins, psychologues, sociologues, etc.

« Ce nouveau référentiel donne une équivalence universitaire maintenant [...] ça nous oblige aussi à ce qu'il y ait un minimum, un maximum je dirais, d'enseignements universitaires, faits par des universitaires. C'est pourquoi on cherche des sociologues, des psychologues, des médecins. Donc le médecin, ceux qui ont un cursus universitaire. Parce que ces contributifs-là doivent être faits par.... Charge à nous après, professionnels, à travers des TD plus, bon même si on fait quelques CM de temps en temps, mais, plus des TD, d'accompagner en fait ces, ces savoirs qu'on est allé emprunter qu'on a été enseigner là pour en faire un... comment dire ? Un usage professionnel infirmier. »

(Entretien avec Eugène, formateur à l'IFSI, le 09/16)

Les formatrices, qui ont le statut de cadre infirmier n'assurent que les cours relatifs à la discipline et aux pratiques infirmières. Un tel partage de la diffusion de la connaissance éloigne toujours plus les étudiantes de l'acquisition de ce type de savoirs. Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, les enseignements et leur répartition confisquent aux étudiantes cette possibilité.

Cette identification à la culture scientifique la plus légitime est d'ailleurs aussi contrariée par ce qui se passe en stage. Les infirmières y dévalorisent régulièrement ce type de connaissances et son intérêt pour la pratique.

Une des infirmières souligne que la formation est trop théorique et compare avec ce qu'elles font « nous, on est dans le pratico-pratique ». Elle complète : « Ils sont dans la recherche tout ça, dans l'abstrait. Ça ne sert à rien. »

(Conversation entre deux infirmières, service de chirurgie, le 22/11/17)

L'inutilité de l'abstraction et des connaissances complexes transmises en IFSI est pointée par ces deux professionnelles, un discours renforcé un peu plus tard par l'allusion de la cadre de santé qui indique à l'étudiante l'importance de revenir à l'essentiel lors d'un de ses passages dans la salle des soignants et soignantes : *« On nous noie dans les détails et après, on ne sait plus faire. Des fois, il faut commencer par l'essentiel »*¹⁷⁴. Une telle contestation des savoirs et de la vision transmise par l'IFSI de la part des professionnelles peut constituer un frein à l'imprégnation de cette culture scientifique par les étudiantes et ce, d'autant plus qu'elle se double d'une non-reconnaissance de la part des infirmières sur le terrain de la mobilisation de ce type de culture dans leur pratique. En outre, ce discours est d'autant plus pris au sérieux que le lieu de stage est clairement présenté par l'IFSI comme « la vraie vie » et que les étudiantes sont invitées à considérer les professionnelles comme des « modèles » à partir desquels elles doivent construire leur identité professionnelle. L'appropriation par les étudiantes de la culture

¹⁷⁴ Observations, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 22/11/17.

scientifique abstraite et complexe est donc aussi en partie entravée par cette comparaison avec l'image prototypique des professionnelles que renvoient les infirmières sur le terrain.

Cette mise à distance des connaissances les plus abstraites et les plus complexes va de pair avec un positionnement dans les sciences « pragmatiques ».

VII.1.c Des sciences utiles avant tout chose

Loin de totalement mettre à distance l'ensemble des savoirs scientifiques, la transmission de la culture scientifique dans ce cursus aiguille en fait les étudiantes vers un ancrage dans la pratique et une vision utilitariste des sciences. Le mode d'appropriation des sciences transmises au sein de ce cursus se révèle « pragmatique » (Perronet, 2017) dans le sens où ce qui est visée, c'est l'apprentissage de savoir-faire directement mobilisables dans l'expérience quotidienne.

À l'IFSI, les formatrices transmettent une vision aplanie des hiérarchies pouvant exister dans le champ scientifique.

« On voit bien que c'est une profession qui emprunte, comme on dit, à plein de disciplines. C'est-à-dire la bio, physio, de la chimie avec la pharmacie, la psycho, la socio, anthropo, et j'en oublie sûrement encore. [...] C'est ce qu'on appelle, ce sont des « UE contributives » c'est-à-dire qui vont contribuer à la construction de la compétence infirmière. [...] L'architecture est complexe. Si je, si je devais le simplifier sur ce que je dis là. [...] la construction, elle est comme ça, c'est-à-dire qu'ici on a un tas de, de petits échafaudages là. Je ne sais pas comment appeler ça, une bobinette contributive. [...] Ce qu'il faut comprendre c'est que, en fait, on va aller piocher dans ces contributifs-là. C'est schématique mon truc. Ne prenez pas ça pour argent comptant. [...] Et bah, je vais prendre un peu de bio[logie], un peu de socio[logie], un peu de légis[latif], un peu de pharmacie. Voilà qui va être travaillé ici, au sein de cette unité d'intégration. On n'est plus dans le contributif initial. Et cette unité d'intégration, donc c'est vraiment... On est vraiment là dans du combinatoire en fait, hein, de ces éléments-là, qui va viser à ce que je me forme d'abord et que je valide cette compétence professionnelle. »

(Entretien avec Eugène, formateur à l'IFSI, le 09/16)

Comme l'explique ce formateur, la logique est « combinatoire ». Toutes les sciences sont conçues comme « contributives » servant et nourrissant une « discipline mère » : la discipline infirmière. Le référentiel prévoit que les sciences humaines et sociales ainsi que les sciences biologiques et médicales soient enseignées dans certains cours disciplinaires, puis que d'autres types de cours, les « unités d'intégration », permettent de faire du lien entre plusieurs disciplines pour construire les savoirs « propres » aux infirmières. D'ailleurs, certaines infirmières considèrent que ce qui confère un caractère scientifique aux « sciences infirmières », c'est justement le fait qu'elle s'appuie sur les différentes sciences :

« C'est pour ça que pour les sciences actuellement, quand on dit : il y a... que notre formation est scientifique, elle l'est, mais elle est basée sur les autres sciences, pas la nôtre. »

(Entretien avec Rachel, infirmière, coordinatrice de la recherche paramédicale au CHU, le 22/03/19)

Dans cette conception, les savoirs scientifiques ne sont pas hiérarchisés et reliés entre eux par des théorisations selon un « code intégrateur », comme dans les disciplines mathématisées par exemple. C'est plutôt une « structure horizontale » des savoirs (Bernstein, 2007 ; Lemaître, 2009) qui est transmise. Les différentes sciences sont perçues comme complémentaires. Elles sont organisées sous la forme « d'une série de langage spécialisé » selon des « codes agrégés ou sériels ». Elles s'articulent et s'imbriquent donc sans hiérarchies.

L'ensemble de cette culture scientifique est constamment rattaché à la pratique, et ce, quelle que soit la nature des savoirs transmis. La plupart des enseignements et des exercices demandés aux étudiantes sont ainsi amenés par une mise en situation professionnelle, comme dans ce TD destiné à l'apprentissage de la réalisation d'un projet de soins infirmiers :

9h16 : Fin de la présentation générale. La formatrice leur demande de se mettre par groupe de 4-5. Ils ont 30' pour travailler sur les conditions concrètes de mises en œuvre du projet de soins. Les informations qu'elles ont sont les suivantes : « *Infirmier aux soins intensifs de cardio. Vous avez accueilli il y a une demi-heure Monsieur H adressé par l'équipe des urgences (SAU). Le diagnostic d'angor instable a été évoqué dès la prise en charge préhospitalière. Les premiers soins ont été assurés. Vous avez consulté le dossier, il est 8h le téléphone sonne. L'infirmier qui travaille ce matin en unité de cardio interventionnelle vous informe que la coronographie de monsieur H est prévue dans un délai de deux à trois heures.* » Elle projette la situation au tableau et les laisse recopier. Elle leur demande de décrire ce qu'ils feraient dans cette situation.

(Observation, TD Projet de soin, 21/09/18)

Les étudiantes sont invitées à réfléchir à partir d'un cas pour s'exercer à mettre en œuvre les savoirs propres à la culture scientifique dans des situations concrètes. Les « sciences infirmières » sont d'ailleurs présentées comme fortement liées à leur pratique professionnelle.

Le directeur passe ensuite à la présentation de la syntaxe de la discipline. [...] « *Ça va on est pratico-pratique* ». [...] Il explique qu'il y a 5 niveaux de théories : des théories à spectres larges jusqu'à des théories de pratiques propres aux situations, qui ne s'appliquent qu'à ce contexte.

(Observation, 5^e jour de la semaine d'intégration, le 8/09/17)

Lors de la semaine d'intégration, le directeur annonce clairement aux étudiantes le lien entre leur discipline et la pratique. Il explique que certaines théories appartenant à ce domaine sont directement liées à l'activité professionnelle. Cet ancrage constant dans la « vie réelle » est relativement attendu pour les enseignements relatifs à la pratique professionnelle comme cité précédemment, néanmoins il se retrouve également dans les enseignements de type « contributifs » tels que ceux de biologie, physiologie, psychologie, éthique, etc. Ce type de cours laisse présager un enseignement favorisant une entrée à partir des aspects les plus théoriques, ou pour reprendre la typologie introduite par B. Bernstein (2007) et reprise par D. Lemaire (2009) dans sa description du curriculum des écoles d'ingénieurs et ingénieures, une « approche verticale ». Or, l'accent est en fait mis sur des situations concrètes.

9h05 : Le docteur Bremont débute son cours par des rappels anatomiques et cardiologiques. [...] 9h12 : Il présente l'insuffisance coronaire. [...] 9h27 : Il revient sur les formes cliniques de l'insuffisance coronaire. [...] Il demande ce qu'on peut faire comme examens [...] 10h04 : Il passe au traitement contre l'angor stable. Il commence par le traitement préventif puis demande comment on traite une crise. [...] Il valide et revient sur leur rôle : « *Ce qui est de notre ou de votre responsabilité aussi en tant que professionnel de santé, c'est comment on prend de la TNT.* » [...] Il sollicite la salle pour savoir quelles sont les complications de l'angor instable. [...] Il demande ensuite quel traitement est appliqué à la suite de l'arrivée d'un patient qui présente ces symptômes [...] Le docteur Bremont passe ensuite à la présentation du traitement. [...] Il sollicite la salle pour connaître le risque des antiagrégants. [...] Il valide le risque hémorragique. Il demande ce qu'on met alors en place.

(Observation, cours sur le syndrome coronarien, le 15/02/17)

Dans ce cours sur le syndrome coronarien, c'est moins par la pathologie, l'épidémiologie ou la sémiologie que le médecin aborde cette pathologie que par les symptômes, les effets secondaires possibles, les examens et les traitements. Il donne également de nombreuses prescriptions sur les actes à réaliser. Ces enseignements contributifs prennent ainsi plus la forme « d'enseignements techniques » que « d'enseignements généraux » (Tanguy, 1980), car les savoirs n'y sont pas transmis indépendamment de leur usage. Au contraire, ils proposent une mise en application des connaissances et une mise en exercice dans une activité professionnelle.

D'ailleurs, la culture scientifique n'est pas seulement ancrée dans la pratique, elle est mise au service de cette dernière. Les « sciences infirmières » qui sont appréhendées comme « la discipline mère » et qui mobilisent différents savoirs issus de la culture scientifique sont pensées et présentées comme servant l'activité professionnelle. C'est en ce sens qu'on parle ici de « sciences pragmatiques ». Les formatrices mettent en avant à plusieurs reprises que les futures infirmières doivent s'emparer de la culture scientifique pour utiliser l'abstraction des sciences et les théories afin d'agir sur le réel et sur leur pratique.

« L'option donnée par la recherche est d'avoir la possibilité de tirer parti de la connaissance pour agir sur le monde réel ».

(Propos tenus par Patricia, formatrice, lors d'un cours d'initiation à la recherche, le 7/02/17)

Dans cette perspective la recherche est appréhendée et présentée comme un outil scientifique devant contribuer à l'amélioration de la pratique professionnelle.

Patricia [formatrice] revient ensuite sur les objectifs de la recherche : [...] améliorer les qualités des soins, améliorer les conditions de travail. Elle déclare qu'elle : « *vise à élargir les champs des connaissances fondamentales de la pratique en les faisant progresser, en travaillant à l'émergence de nouvelles théories potentiellement utilisables en pratique... »*

(Observation, cours d'initiation à la recherche, le 7/02/17)

Eugène [formateur] souligne qu'ils vont les encourager à adopter « *un réflexe de démarche de recherche »*. [...] « *pour faire avancer la profession, mais aussi pour améliorer votre travail auprès de la clientèle. »*

(Observation, présentation des méthodes de travail et sciences humaines et sociales, UE 6.1 et 1.1, le 13/09/17)

Le discours des formatrices prône non pas la recherche pour elle-même, mais plutôt une vision utilitariste des sciences. Le directeur tient d'ailleurs de tels propos dès le début de la formation.

Il présente la science comme un « *ensemble systématique de savoirs* », comme quelque chose de « *dynamique* » et qui sert de « *base pour la pratique* » [...] Il insiste ensuite sur l'« utilité pratique » que doit avoir une discipline scientifique : « *Une discipline doit avoir une utilité dans cinq champs d'activités. Ce n'est pas simplement une connaissance qu'on met dans un livre et qu'on oublie* ». Il définit ceux au sein desquels la discipline infirmière doit avoir une utilité : champs pratiques, recherche ; gestion, politique, formation

(Observation, 5^e jour de la semaine d'intégration, le 8/09/17)

En visant l'action plutôt que la compréhension, l'approche de la culture scientifique transmise s'éloigne du modèle traditionnel (Granger, 1993) et d'un usage esthétique (Bourdieu, 1965 ; Lahire, 1993) ou intellectuel des sciences. D'ailleurs, le directeur de l'IFSI lui-même ne positionne pas la discipline des « sciences infirmières » dans les « disciplines académiques ».

Le directeur souligne qu'il y a différents types de disciplines : académique et professionnelle. Il place la discipline infirmière dans cette dernière catégorie. Il souligne que parmi les disciplines professionnelles, il y en a des prescriptives et des descriptives. Une diapositive appuie ses propos, les mots « science infirmière » sont soulignés en rouge et rangés dans la définition de « discipline professionnelle »

(Observation, 5^e jour de la semaine d'intégration, le 8/09/17).

Cette formation participe à la transmission d'une culture scientifico-pratique et guidée par l'action au détriment de la théorisation guidée par l'ambition de compréhension. Pour le dire autrement, cette formation encourage un « usage éthico-pratique » (Lahire, 1993), ou « pragmatique » des sciences (Bourdieu, 1965) à l'opposé de « l'esprit scientifique » le plus valorisé et le plus prestigieux (Khan, 2015).

La nature des cours dispensés et des savoirs valorisés confirme un tel positionnement. La prégnance du poids de la pratique dans cette formation mise en évidence dans la deuxième partie (*cf.* Chapitre IV) contribue en premier lieu à montrer l'importance de cette dimension dans la formation des infirmières.

En outre, le modèle d'excellence dépeint et entretenu par la formation valorise des savoirs mis en œuvre dans la culture scientifique qui participent à la production de « dispositions pragmatiques » plus que de dispositions cultivées dans les formations scientifiques les plus prestigieuses. Comme nous l'avons vu dans les parties précédentes de cette thèse, la rapidité, l'*opus operandi*, la compétition, l'inventivité, etc. ne sont que peu cultivés dans cette formation.

D'ailleurs, les enseignements dispensant la culture scientifique prennent la forme d'un « enseignement routinisé » (Saint-Martin, 1971). Ce n'est pas tant l'assimilation des

connaissances qui est visée que la reproduction de recettes bien définies et l'application d'un nombre restreint de savoirs comme nous l'avons vu dans les différentes observations précitées. Les étudiantes s'entraînent à résoudre des calculs ou à nommer certains médicaments selon leur composition chimique. Elles sont familiarisées avec l'application et l'utilisation d'outils plus qu'avec le maniement de la connaissance en elle-même. L'enseignement de cette culture est essentiellement appliqué et fait l'objet d'un apprentissage. Ce qui est valorisé, c'est un apprentissage efficace de façons de faire, et non un rapport esthétique, moral ou intellectuel au contenu inculqué.

Un tel positionnement « pragmatiques » dans un « pôle féminin » des sciences contribue à tenir à distance les étudiantes, futures infirmières, de la culture scientifique la plus légitime. Les femmes sont ainsi positionnées dans un champ relativement dominé des sciences dont le « caractère scientifique » est d'ailleurs dénié par une partie de celles et ceux qui appartiennent au pôle le plus prestigieux comme le confirment les propos du physicien J-M Lévy-Leblond cité par L. Tanguy (1980, p. 60) : « *on aboutit donc à cette situation paradoxale : plus une science est impliquée dans la production ou plus simplement dans la vie sociale, plus elle perd son caractère scientifique.* »

La transmission de la culture scientifique contribue en ce sens au maintien d'une socialisation genrée puisqu'elle cantonne les étudiantes à un pôle des sciences que les femmes ont déjà pour une large part investie, et qui plus est, qui s'avère plutôt dominé sur le plan de la reconnaissance et de la légitimité. De plus, dans le même temps, cette formation cultive l'image d'une désaffiliation des étudiantes, qui sont surtout des femmes, par rapport aux sciences et aux techniques.

VII.2 Des sciences et des techniques dissimulées

Le travail d'enquête conduit dans un deuxième temps à voir que les étudiantes apprennent, au sein de ce cursus, à masquer l'usage qu'elles font en tant qu'infirmières des cultures scientifique et technique. D'un côté, elles apprennent à dissimuler la démarche scientifique, de l'autre, à ne pas valoriser la technique pour elle-même. Cette euphémisation constatée entrave l'identification et la revendication de ces cultures par les futures infirmières, perpétuant ainsi la segmentation genrée des savoirs et des métiers (Bourdieu, 1998 ; Kergoat, 2000).

VII.2.a Mobiliser la culture scientifique en silence

En premier lieu, il s'avère donc que la formation en soins infirmiers pousse les futures infirmières à masquer dans leur pratique la mobilisation de la démarche scientifique.

Dès leur première confrontation à la discipline des sciences infirmières et à sa démarche les formatrices mettent en avant le caractère invisible de cette pratique alors même qu'il s'agit de la partie du champ scientifique que les étudiantes doivent investir,

Anyssa [formatrice] souligne que chez le professionnel, le travail d'analyse est un travail qui ne se voit pas, mais qui est fait. « *L'analyse de la situation est un travail invisible chez les professionnels. Toute la partie intellectuelle, c'est la partie invisible. Ça se passe dans leur tête* »

(Observation, cours projet de formation, le 11/09/17)

« *Soigner, c'est aussi réfléchir à ce qu'on fait. Le raisonnement clinique, c'est la partie cachée. [...] Le raisonnement clinique c'est comment je raisonne pour, par avec la famille, avec le bien-être.* »

(Propos tenus par Mireille, formatrice à l'IFSI, cours de raisonnement clinique, le 28/09/17)

Gwenaelle [formatrice] explique qu'ils ont ensuite posé des hypothèses. Elle souligne que « *c'est tout l'art et la transparence, l'art transparent, l'invisible donc on vous a parlé.* »

(Observation, cours unité d'intégration, le 14/09/17)

La récolte de données, mais aussi leur traitement ainsi que la conception des hypothèses ou la mise en place d'un projet de soins, sont autant de tâches que les étudiantes doivent finir par dissimuler. Selon les formatrices la démarche de recherche mise en œuvre quotidiennement par les infirmières (*cf.* Chapitre IV) doit en effet se produire dans la tête des futures infirmières. L'observation des professionnelles en stage ne permet d'ailleurs pas de voir ostensiblement la mise en œuvre de telles dispositions par les infirmières. Il est possible qu'il s'agisse là de l'apprentissage d'une norme professionnelle de protection des patients. Les infirmières

cacheraient cette démarche exploratoire et analytique propre à la culture scientifique afin de ne pas les déstabiliser.

Le travail d'inculcation aux stagiaires rend visible aux yeux de l'observateur extérieur son existence. Les stages sont un lieu privilégié de cet apprentissage. Les professionnelles, comme les formatrices, expliquent aux étudiantes que les soins qu'elles mettent en œuvre en tant qu'infirmières impliquent une démarche d'analyse et de récolte des données. Elles les invitent à effectuer ce type de tâches.

En outre, la production obligée d'« analyses de situations » contribue à cultiver ces savoirs liés à la démarche de recherche, comme le laissent entendre les propos de ce formateur :

« Plus on va aller, plus on va se rapprocher, on va dire de la discipline infirmière comme le projet de soins dont je vous parlais de tout à l'heure, plus on va être sur des analyses de situation par exemple. »

(Entretien avec Eugène, formateur à l'IFSI, le 09/16)

Le portfolio précise d'ailleurs que ces « analyses des situations ou des activités rencontrées » consistent en l'application de la démarche suivante : « choisir une situation professionnelle » qui suscite « un questionnement », « construire une problématique » après avoir présenté les éléments pertinents, « proposer des hypothèses », « rechercher des connaissances appropriées », « poser d'autres questions ». Ces écrits produits individuellement par les étudiantes sont ensuite rediscutés collectivement ou individuellement au sein de l'IFSI. Leur production est largement guidée par les infirmières :

Maïna est en train de travailler sur sa seconde analyse de situation. Elle va ensuite fumer et discute avec la cadre [...] Maïna en profite pour lui poser une question à propos du patient et de sa situation. La cadre lui suggère d'aller regarder son dossier et lui dit qu'elles reparleront de ce cas ensuite ensemble si elle veut. En remontant, Maïna va feuilleter le dossier du patient.

(Observation premier stage de Maïna, EHPAD, 20/12/17)

Ces dispositifs et ces recommandations sont autant d'éléments qui servent la fabrication de ce type de pratique. Finalement, la mobilisation de la culture scientifique telle qu'elle est pensée et transmise aux étudiantes doit à la fin du processus d'apprentissage prendre la forme d'une opération mentale rapide et invisible. Elle a vocation à devenir une compétence cognitive permettant de répondre aux exigences des tâches du travail infirmier (Leplat, 1977 ; Martin et al., 2013).

Cette morphologie donnée au maniement de la culture scientifique contribue à effacer les traces de son usage par les futures infirmières, entretenant ainsi l'image d'une activité professionnelle et de soignantes éloignées de cette culture.

De manière similaire, l'observation des discours tenus sur la culture technique transmise suggère que celle-ci est dévaluée.

VII.2.b Une culture technique dévaluée

Comme pour la culture scientifique, même si des savoirs associés à la culture technique sont bien transmis et mobilisés au cours de la formation des infirmières (*cf.* Chapitre II et Chapitre IV), celle-ci n'en demeure pas moins relativement dévaluée. La maîtrise de la technicité dont font preuve les futures professionnelles et l'association par l'institution de cette culture technique à d'autres dimensions plus valorisées conduit à une moindre visibilité de cette culture technique au sein de ce cursus.

Nous l'avons rapidement évoqué dans la première partie de cette thèse (*cf.* Chapitre II), le terme « technique » est peu utilisé dans cette formation. Plus précisément, l'enquête révèle que tout au long du cursus, les professionnelles de la formation substituent la « pratique » à la « technique ».

Lors d'une discussion informelle dans le cadre de la présentation de mes premières observations¹⁷⁵, les formatrices m'invitent à me méfier de la notion de « technique ». Elles me font remarquer que pour elles, cette dimension du travail des infirmières et des apprentissages en œuvre à l'IFSI renvoie à une conception passée de leur activité professionnelle. Elles m'expliquent qu'elles visent d'ailleurs dans leurs enseignements à se détacher de cette vision techniciste de l'infirmière et à transmettre plutôt une logique holistique. Dans cette perspective, elles défendent l'usage du terme « pratique » à la place de celui de « technique », car cette notion permet à leurs yeux de tenir ensemble la technique et le « relationnel », deux dimensions du travail infirmier qu'elles estiment centrales.

Les observations en stage montrent que les infirmières investissent également de manière privilégiée cette notion de « pratique » au détriment de celle de « technique » : « *nous on est dans le pratico-pratique* »¹⁷⁶, « *Il y a une marge entre théorie et pratique* »¹⁷⁷. Elles se placent explicitement du côté de la « pratique ». Une infirmière rencontrée lors du stage

¹⁷⁵ Discussion informelle avec plusieurs formatrices lors d'une présentation orale de quelques résultats de mon enquête, le 14 mai 2018.

¹⁷⁶ Observation premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 22/11/17.

¹⁷⁷ Observation, premier stage de Maina, EHPAD, le 21/12/17. L'infirmière évoque la différence entre ce que les étudiantes voient à l'IFSI ou en stage.

préprofessionnel de Flavia au sein du service de médecine polyvalente me dit : « le problème de la nouvelle formation, c'est qu'ils n'ont « pas de pratique » »¹⁷⁸.

L'un des objectifs clés de la formation explicitement énoncés dans le référentiel consiste en la formation de « *praticien[nes] autonome[s] et réflexif[ves]* »¹⁷⁹. Le mot « technique » ne se retrouve pas dans la description des finalités de la formation ni dans l'énoncé des objectifs de stages. Des expressions telles que « praticien », « mener des interventions », « habilités gestuelles », « portefeuille de compétences », « manières de faire » le remplacent.

Ce glissement de vocabulaire n'est pas insignifiant. Il traduit la place faite à cette dimension dans la formation. La technique est sans cesse associée à d'autres dimensions du travail infirmier plus valorisées : le « relationnel » d'une part, mais aussi les connaissances scientifiques d'autre part, comme dans cette présentation de la compétence 3 aux étudiantes qui a lieu à l'IFSI. La formatrice y insiste sur le fait que le geste technique doit s'accompagner de connaissances et de savoir-être.

« Vous allez être soignant, vous allez faire des actions de soins. Si vous faites une injection d'anticoagulant, il faut savoir pourquoi, quels risques... » Elle leur rappelle qu'il faut également faire preuve lors des soins de valeurs humanistes.

(Propos tenu le 12/09/17 par Mireille, formatrice, présentation de la compétence 3 :
« Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens »)

Contrairement à ce que décrit C. Grignon (1971) qui parle de la culture technique dont s'emparent les élèves en centre d'apprentissage, ce qui est valorisé ce n'est pas de savoir parler de la technique ou de mettre la pratique en paroles. Il s'agit également pour les futures infirmières de faire le lien avec les connaissances scientifiques, notamment biologiques et psychopathologiques qui poussent à l'usage d'objets techniques, mais aussi de gérer au-delà du geste technique, le rapport avec les patients. Ce cursus entretient donc une non-autonomisation de la technique qui contribue à sa dévalorisation. Elle n'est revendiquée que quand elle prend une forme humanisée ou scientifique. Une telle transmission contribue à l'apprentissage de la répartition naturelle des tâches et des savoirs qui place traditionnellement les hommes du côté de la technique et les femmes du côté du symbolique, de la modalité et du relationnel (Cartier & Lechien, 2012 ; Chabaud-Rychter & Gardey, 2002 ; Lemarchant, 2007).

L'attention prêtée au discours et à la prise de position des étudiantes permet d'entrevoir l'intériorisation d'un tel positionnement par les étudiantes. Ces dernières mettent davantage en

¹⁷⁸ Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 8/05/18.

¹⁷⁹ Berger Levraut, référentiel de formation, 2015.

avant les savoirs « relationnelles » et la dimension subjective, plus que les savoirs liés à la culture technique. Cette étudiante de troisième année m'explique qu'en choisissant de se former au travail d'infirmière, elle était intéressée par la technicité. Or, ce n'est plus aujourd'hui un élément qu'elle convoite dans sa recherche de futurs postes :

« Les aides-soignantes sont dans les soins, des soins de confort, des soins relationnels, elles ne sont pas dans l'acte euh à proprement parler prescrit par le médecin. Et c'est ça qui m'intéressait aussi, d'aller chercher le fond de la maladie, la prévention qui est faite avant. C'est ça qui m'intéressait [...] Plus la technique, ouais. Et là, au jour d'aujourd'hui, la technique, je suis en capacité de la faire, mais forcément, mine de rien maintenant, c'est pas ce que je veux. C'est du relationnel que je veux, mais dans un contexte médical. »

(Entretien le 9/01/18 avec Charlotte, 3^e année, 26 ans,
mère : professeure des écoles, père : professeur des écoles)

Comme Charlotte, les troisièmes années relèguent souvent la technicité au second plan. L'enquête par questionnaire corrobore ce constat. Au cours de la formation, les étudiantes tendent à apprécier de moins en moins les « soins techniques »¹⁸⁰. Elles sont 45,3 % en première année à les choisir comme l'une de leurs deux matières favorites, contre seulement un tiers à l'issue de la formation (33,3 %). Elles sont d'ailleurs plus nombreuses en troisième année à les sélectionner comme des matières repoussoirs (différence de 4,8 points). En outre, la maîtrise de gestes techniques est moins souvent envisagée comme compétence essentielle à mobiliser pour devenir infirmière (différence de 14,2 points). Même pour celles qui, comme Emma, recherchent toujours cette dimension, la priorité reste les interactions. Elle n'envisage pas de s'engager dans un poste qui serait purement technique.

« Plutôt, ouais... Plutôt technique, avec quand même euh... du relationnel au patient, à la famille, et euh... Au premier abord, j'avais pas réa parce que, c'est Diane [formatrice] qui m'a mis sur le, la réa parce que... de base, pour moi la réa, c'était les patients entubés, avec lesquels tu pouvais pas échanger. Elle m'a dit que c'était pas que ça, je me suis renseignée et c'est pas que ça. Du coup... »

(Entretien le 9/01/18 avec Emma, 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Le discours de cette troisième année porte la trace de celui tenu par les formatrices. La dimension technique doit s'accompagner d'autres dimensions. On le voit également transparaître dans les propos de Flavia qui parle de « pratique » et qui explique qu'elle a pris conscience au cours de sa formation de l'importance du « relationnel » :

« Tu t'en doutais avant de faire la formation et les stages ?
– Non, du tout, du tout, du tout. Je pensais en fait qu'on était vraiment [...] beaucoup dans la technique et tout. Je ne voyais pas beaucoup le côté relationnel. »

(Entretien le 9/01/18 avec Flavia, 3^e année, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

¹⁸⁰ Relation entre année de formation et discipline préférée significative au seuil de 1 % selon le test du khi 2.

Cette mise en avant de la dimension interactionnelle n'empêche pas les étudiantes de reconnaître la forte place qu'occupe la technicité dans leur travail :

« Mais en gros ta pratique, c'est tout ce qui est tes prises de sang, tes poses de perf, toute la technique en fait. Nous, on est vachement, on a un côté vachement technique dans notre métier »

(Entretien le 9/01/18 avec Flavia, 23 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

Elles sont plus de 70 %, quelle que soit l'année de formation à approuver l'image que l'infirmière est une technicienne, et ce taux évolue peu entre le début et la fin de la formation (différence de 5 points)¹⁸¹. Cependant, à l'issue de leur formation peu d'entre elles mettent en avant et valorisent ce type de compétences. En fin de cursus, seules 9,4 % avancent l'idée que les compétences techniques sont l'une des deux compétences nécessaires à mettre en œuvre dans leur profession. C'est seulement la septième compétence la plus fréquemment citée, viennent avant l'adaptation (52,1 %), l'écoute (39,2 %), l'observation (27,4 %), la réflexion (21,5%), la réflexivité (19,8 %) et la rigueur (16 %).

L'évolution des discours et des avis sur les soins techniques suggère donc que la « technique » est moins reléguée et rejetée que dévaluée et ce, d'autant plus que cette dimension de leur travail est désormais maîtrisée et associée à d'autres dimensions plus valorisées.

Cette invisibilisation et cette dévalorisation des domaines et des savoirs traditionnellement associés aux hommes dans une formation et une profession féminisée contribuent à la reproduction de la segmentation des savoirs et des métiers. Ce processus s'accompagne d'une identification contrariée et prépare finalement les étudiantes en soins infirmiers à ne pas investir pleinement ces cultures ou du moins à ne pas s'y sentir à leur place.

VII.2.c Une identification contrariée

L'ensemble de la transmission des cultures scientifique et technique participe en effet à éloigner les étudiantes d'une identification à ce type de cultures. Le positionnement du côté du « pôle féminin » et des sciences pragmatiques ainsi que les modalités de transmission et le discours des professionnelles constituent autant d'entraves à une identification à ces domaines.

Les professionnelles rencontrées dans le cadre des stages jouent un rôle conséquent dans ce processus. Patricia, une formatrice explique en effet que les infirmières ne cessent de rappeler

¹⁸¹ Les chiffres de ce paragraphe sont issus de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiants et étudiantes en soins infirmiers du département enquêté.

leur appartenance à la pratique, et qu'elles se montrent aux mieux « ignorantes », au pire « réticentes » face à la discipline des sciences infirmières.

« Euh ça peut générer, euh, au sein du groupe euh, quelques résistances, quelques appréhensions. Je ne sais pas par exemple au regard de ce qui pourrait être perdu [Elle met l'accent sur ce mot], en référence à, euh, sous couvert de l'existence d'un dualisme (théorique/pratique). [...] Exactement, crainte par rapport à l'université, de la représentation qu'on a du modèle de l'université.

– C'est-à-dire ?

– Euh c'est quelque chose de très académique, c'est-à-dire quelque chose de très théorique, quelque chose qui soit décalé avec euh, une, une réalité. Vous voyez, c'est, c'est tout ça que je perçois, que je pressens, parce que derrière, il y a tout un historique, une construction. »

(Entretien le 8/11/16 avec Patricia, formatrice à l'IFSI)

Cette formatrice impute cette réserve manifestée par une partie du corps professionnel à la crainte qu'une identification au scientifique fasse perdre aux infirmières leur identité propre qu'elles rattachent à la pratique et à l'empirie. Cette méfiance vis-à-vis de l'Université et de la théorie est selon la formatrice à attribuer à une non-maîtrise des savoirs scientifiques, mais aussi à l'histoire de la profession. Les observations en stage confirment une telle posture de la part des professionnelles. Les infirmières en stage laissent souvent entrevoir qu'elles ignorent ce que sont les sciences infirmières. Lors d'une discussion informelle en stage, une infirmière manifeste la méfiance dont faisait part Patricia :

L'infirmière me dit que le problème de la nouvelle formation, c'est qu'ils n'ont pas de pratique. [...] Elle critique les techniques transmises en formation pour changer un pansement, puis elle rappelle qu'ils font avant tout « un métier de terrain ». Elle commente la nouvelle formation un disant : « c'est bien beau les démarches de 1000km, mais ça ne sert pas. On doit rester sur le terrain. » Elle dit maintenant c'est une « formation universitaire » qui est transmise, alors que ce n'est pas un « métier universitaire ». Elle pense que les formatrices devraient « revenir à la réalité » et souligne que certaines sont plus ouvertes que d'autres.

(Propos tenu par une infirmière, service de médecine polyvalente, le 8/05/18)

Cette professionnelle déplore l'état actuel de la formation qui est à ses yeux trop éloignée du terrain et questionne le lien avec l'Université. Une telle posture contribue à entériner l'idée chez les étudiantes que leur future activité professionnelle, telle qu'elle s'applique aujourd'hui ne mobilise pas la culture scientifique, et ce d'autant plus qu'une partie des étudiantes s'avère en difficulté face aux sciences infirmières. Alison, étudiante en deuxième année, me confie qu'elle ne comprend pas et qu'elle a du mal à suivre les enseignements de Patricia.

« Et du coup, des fois, elle [Patricia, formatrice] a trop une idée et... [rire] bah pour la suivre... Houla... En plus, elle fait des phrases à rallonge alors qu'elles pourraient être réduites à ça, tu sais. »

(Entretien avec Alison, 2^e année, 22 ans, mère : assistante familiale, père : chargé d'affaire, le 31/05/17)

L'observation du premier cours d'initiation à la recherche dispensé par cette même formatrice montre que ce sentiment est partagé par bon nombre d'étudiantes :

Patricia [formatrice] souligne que pratique et théorie s'articulent et que le pont entre les deux est fait par la recherche. Giuliana semble perdue dans le discours de Patricia. Elle essaye une prise de note littérale et aboutit à des phrases qui n'ont pas de sens. Elle me demande si je m'en sors avec les cours de Patricia. [...] Une étudiante interrompt le cours pour dire qu'elle est perdue.

(Observations, cours d'Initiation à la recherche, le 8/02/17)

Elles sont plusieurs à cette occasion à manifester leur incompréhension à l'égard des savoirs transmis. Cette difficulté à saisir la discipline et les démarches qu'elle suppose seraient moins liées à un problème de niveau qu'à la manière dont ces savoirs sont dispensés si on en croit l'infirmière coordinatrice de la recherche paramédicale. Selon elle, non seulement les formatrices ne sont pas assez formées sur les sciences infirmières et ne peuvent donc pas les transmettre clairement, mais en plus la formation ne donne pas assez d'outils aux étudiantes pour qu'elles puissent se situer dans le champ scientifique.

« Il [le référentiel] est digéré par une équipe pédagogique qui elle-même a des difficultés à s'approprier ces aspects-là, parce que c'est pas à l'IFCS [formation des cadres] qu'on leur apprend l'épistémologie des sciences. Soit ils ont été curieux, ils ont eu la chance de le voir dans leurs études, soit... [...] Si nos trois ans de formation commençaient par trois heures de c'est quoi épistémologiquement les sciences positivistes et les sciences euh... qu'on leur dise : vous allez avoir des intervenants qui sont formés dans ces courants-là, nous on se situe où. Ils auraient une lecture aussi de ça. Parce que là, on leur parle de sciences, puis t'as un jour un épidémio qui vient, puis le lendemain tu peux avoir l'anthropologue qui vient, qui leur parle... Jamais on leur a dit que philosophiquement les choses étaient... Bah évidemment... [...] Il y a pas de lecture de la science en général et d'où ça vient. Et en termes d'appropriations pour les infirmiers, ça doit être d'une difficulté folle quoi. »

(Entretien le 22/03/19 avec Rachel, infirmière, coordinatrice de la recherche paramédicale au CHU)

Elle regrette l'absence de cours d'épistémologie des sciences qui permettrait aux formatrices, mais aussi aux étudiantes de mieux comprendre la discipline et le champ scientifique auquel elles appartiennent. Ces différents facteurs contribuent à ses yeux à l'appréhension difficile par les étudiantes de l'identité de scientifique du *care*.

« Et du coup, je pense, les jeunes infirmières, pour elle la science, c'est plutôt les mathématiques, la science positiviste avec les médecins qui fonctionnent comme ça. Puis tout le reste des sciences humaines et sociales, je pense pas que ce soit dans leur tête une science parce qu'on leur a pas parlé de ce qu'était une discipline scientifique. Quant aux sciences infirmières là-dedans... Ça doit être un magma quoi, un magma de trucs autour de valeurs... »

(Entretien le 22/03/19 avec Rachel, infirmière, coordinatrice de la recherche paramédicale au CHU)

Cette infirmière défend l'idée que la formation ne permet pas aux étudiantes de modifier leurs représentations du champ scientifique, ce qui les empêche de comprendre que les sciences qui n'appartiennent pas au pôle le plus légitime et le plus masculinisé sont aussi des sciences.

Pourtant dans l'IFSI enquêté, des cours d'épistémologie des sciences sont dispensés et certaines formatrices font preuve d'une maîtrise de la discipline, au vu de leur formation comme des discours des étudiantes.

Patricia [formatrice], c'est la meilleure. Là, elle est en arrêt. [...] Le mémoire, normalement c'est elle qui gère ton mémoire tu vois. Et là, bah du coup ce ne sera pas elle. Fais chier. C'est Eugène

[formateur] *apparemment qui reprend le truc. Ça ne va pas être la même hein* [avec une petite voix ironique]. *Plus cool. [...] Eugène, il est génial aussi. Il est hyper bon dans... Lui, son domaine c'est la psychiatrie et tout, il est hyper bon là-dedans. [...] Alors que Patricia, tu vois, les sciences infirmières, bah elle, elle est hyper calée là-dedans. C'est un truc de fou.*

(Entretien le 31/05/17 avec Alison, 2^e année, 22 ans, mère : assistante familiale, père : chargé d'affaire)

Toutefois, conformément à la critique formulée par Rachel, le discours tenu dans le cadre de l'épistémologie des sciences contribue à éloigner les sciences infirmières des disciplines académiques : les sciences infirmières y sont placées du côté de la pratique et de l'application (cf. p. 375). En outre, à plusieurs reprises, les formatrices enquêtées insistent sur la non-reconnaissance des sciences infirmières comme sciences dans le contexte français.

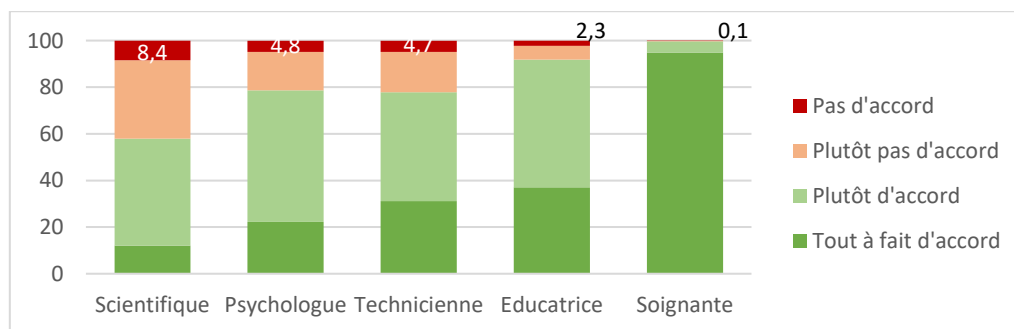
Mireille explique que la matinée va être découpée en deux avec une seconde partie consacrée à l'évaluation diagnostique. Elle leur demande ce que c'est. [...] Mireille dit que ce mode de raisonnement « *permet pour l'infirmière de savoir quelles sont l'origine, qu'est-ce qu'on voit et les actions qu'il y aura à faire.* » Elle rend ensuite compte du fait que c'est loin d'eux et l'explique en insistant sur l'origine anglo-saxonne de cette démarche. Elle leur explique qu'on ne peut pas parler de sciences infirmières, car il n'y a pas de cursus universitaire en France.

(Observation, cours sur le raisonnement clinique, le 28/09/17)

Ainsi bien que le « discours fort » (Grignon, 1971) de cette formation incite les étudiantes à s'identifier à une culture scientifique, la réalité de la formation éloigne au contraire ces dernières d'une appropriation visible de cette identité. Alors que les étudiantes intègrent des dispositions relatives à cette culture et les mobilisent dans leur activité professionnelle (cf. Chapitre II et Chapitre IV), elles apprennent en même temps à les dissimuler et à les dévaloriser. *In fine* l'intériorisation d'une appartenance à ce type de culture se trouve donc largement entravée.

L'enquête par questionnaire révèle que l'identification au scientifique est loin de faire consensus parmi les étudiantes. Alors que l'assimilation à la dimension éducative et soignante est approuvée par plus de 90 % des futures infirmières, l'image d'une infirmière scientifique ou technicienne est plus clivante.

Graphique 39 : Représentation des infirmières (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Les étudiantes en soins infirmiers de première année sont 12,1 % à être totalement d'accord avec la vision d'une infirmière scientifique. Elles sont 45,8 % à être plutôt d'accord, 33,7 % à se positionner plutôt en désaccord avec une telle posture et 8,4 % à ne pas l'approuver du tout.

L'appartenance qui fait le moins consensus est celle au monde scientifique. Les étudiantes de première année sont seulement deux tiers à adhérer à cette vision et parmi elles, seules 12,1 % sont totalement en accord avec cette représentation. Plusieurs étudiantes estiment même ne pas mobiliser de savoirs liés à cette culture quand elles endossent le rôle d'infirmière.

« En fait, quand tu étudies les théoriciennes, tu te dis : c'est dingue l'avancée qu'on a eu dans notre taf quoi. Enfin, tu as quand même des filles qui ont été hyper loin. Puis, c'est ça en fait, c'est ça qui est encore plus, enfin frustrant parce que tu te dis. Ça non plus ce n'est pas appliqué à l'hôpital, tu vois. Enfin, tu parles de sciences infirmières maintenant, bah en fait, l'hôpital, tu n'en entends pas parler des sciences infirmières. Si tu demandes à une infirmière ou à un médecin, c'est quoi les sciences infirmières, euh... »

(Entretien le 31/05/17 avec Alison, 2^e année, 22 ans, mère : assistante familiale, père : chargé d'affaire)

Le lien entre culture scientifique et pratique professionnelle n'est pas évident pour les étudiantes. Ces positionnements sur les représentations de leur rôle ne sont pas à prendre pour argent comptant, mais elles constituent des indices d'un lien ténu avec ces cultures scientifique et technique. Les principales qualités revendiquées par les étudiantes en fin de formation pour mener à bien leur travail d'infirmière viennent attester leur identification plus grande à des dispositions supposées féminines. Les futures infirmières évoquent plus fréquemment l'écoute (19,8 %) que la maîtrise des gestes techniques (4,2%), la réflexion (10,8 %) ou le sens critique (3,7 %).

Les données recueillies par questionnaires ne permettent malheureusement pas de conclure quant à l'effet de l'origine sociale ou de cette formation sur une telle identification. Le croisement de variables ou l'analyse bivariée neutralisant l'origine sociale s'avèrent non significatifs avec le test du khi2.

Néanmoins, l'ensemble des données montre tout de même comment cette formation éloigne aujourd'hui les futures infirmières d'une identification au scientifique et au technique par le biais des modalités de la répartition et de la transmission des savoirs. Les étudiantes s'y plient d'autant plus qu'elles partagent pour une part dans leur discours et leurs représentations une certaine distance vis-à-vis de ces cultures.

L'inculcation des cultures scientifique et technique telle qu'elle se fait aujourd'hui dans la formation des infirmières, semble donc produire un nouvel ordre du genre. Les étudiantes qui sont surtout des femmes apprennent à ne pas se réclamer de la culture scientifique ni de la culture technique qu'elles mettent pourtant en œuvre. Cette mise à distance de la technique et de l'usage de la culture scientifique dans leur travail contribue à positionner les futures infirmières dans un champ des savoirs déjà largement féminisé, renforçant par ailleurs le

phénomène de ségrégation sexuée du marché du travail (Bereni et al., 2012 ; Vouillot, 2014). En mettant en avant la dimension interactionnelle au détriment des dimensions techniques, la formation et les formatrices, puis les étudiantes elles-mêmes entretiennent l'assimilation de cette activité professionnelle à des dispositions supposées féminines. Dès lors, bien que fortement transmises aujourd'hui dans la formation, la légitimité et la reconnaissance de l'usage de ces cultures techniques et scientifiques se trouvent *in fine* en partie entravées.

Or, un tel éloignement se produit d'autant plus que la transmission de cultures scientifiques et techniques se décline dans cette formation « au féminin », c'est-à-dire qu'elle participe à cultiver des dispositions supposées féminines.

VII.3. Des cultures scientifique et technique déclinées au féminin

En considérant les modèles scientifique et technique spécifiques transmis aux futures infirmières et en les appréhendant comme des « faits sociaux ordinaires » (Grignon, 1971), c'est-à-dire en cherchant les fonctions sociales que renferment de tels apprentissages, il apparaît que ce type de cultures favorisent l'entretien de dispositions liées au *care* et à la fonction de maternage, mais aussi l'inculcation de dispositions corporelles genrées telles que la minutie et la dextérité.

VII.3.a Les sciences infirmières, des sciences sensibles

L'analyse globale et relationnelle des savoirs transmis dans la formation permet de révéler que les étudiantes doivent s'approprier derrière la transmission des cultures scientifiques et techniques, des dispositions associées au *care*. Une telle approche permet de faire ressortir le lien entre *care* et sciences dans cette formation.

Dès la première semaine d'intégration, un cours dispensé par le directeur met l'accent sur une telle imbrication :

Le directeur, définit la discipline infirmière « *La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction avec leur environnement, vivent des expériences de santé.* » [...] 9h52 il définit les soins infirmiers, puis souligne que c'est le paradigme de la « *compassion* ». Il plaisante en disant « *heureusement que je n'ai pas une calotte sur la tête* », puis précise qu'il s'agit d'un paradigme « *intensément éthique et émotionnel* ».

(Observation, 5^e jour de la semaine d'intégration, le 28/09/17)

Le directeur présente les sciences infirmières comme reposant sur quatre « métaparadigmes » : « santé, soin, personne, environnement » qui s'avèrent être étroitement liés à des activités et des tâches supposées féminines (Bereni et al., 2012 ; Bouchard et al., 1998). L'accent mis sur le « relationnel » au travers de l'importance du rapport aux patients et aux familles prolonge une telle association au *care*.

Loin d'être anecdotique, ce rapprochement est omniprésent au cours de la formation. Lors de l'évocation de cette discipline dans le cadre d'une unité d'intégration, une formatrice dresse un parallèle similaire.

Gwenaëlle [formatrice] commence par revenir sur la définition du mot discipline. [...] Elle projette ensuite la définition de ce modèle conceptuelle selon J. Fawcett. [...] Elle explique que le principal concept est « *l'accompagnement* ». [...]

Elle précise que Jean Watson conçoit les soins infirmiers comme un « *art et une science humaine du caring dans un idéal moral altruiste.* »



Figure 1. Le métaparadigme des soins infirmiers selon Jacqueline Fawcett (1984).

Gwenaelle insiste sur les valeurs humanistes et sur la rigueur de la démarche clinique.

(Observation présentation UI, le 14/09/17)

Elle met en avant l'idée d'accompagnement et de *care*. Si elle évoque également un élément de la culture scientifique, « la rigueur de la démarche clinique », celui-ci est renvoyé au second plan par rapport au *care*.

Les propos de l'infirmière coordonnatrice de la recherche paramédicale au CHU vont dans le même sens :

« *Donc on a 4 piliers et autour de ces trucs-là et ben, il y a eu des théories qui se sont créées, mais des théories, on va dire très abstraites, ce qu'on va appeler... [silence], bah le plus abstrait étant ce méta paradigme-là qui constitue les quatre, puis après des modèles très abstraits qui sont pour moi très abstraits, complètement verbeux et incompréhensibles. [...] Parce que je lis aussi beaucoup de choses, soins infirmiers, qui parlent du soin, qui parlent de valeurs [...] Donc Walter Hasbeen par exemple, et les IFSI en sont très friands de ces trucs-là, qui ne citent aucun auteur, mais qui sont dans une lecture du soin, une attention à l'autre, avec des jolis mots, qui enrobent [...] J'ai du mal avec ça alors qu'en ce moment, c'est la..., c'est en vogue en fait. Le care de J. Watson, c'est plutôt des années 2000 à Montréal. Tout est enseigné selon J. Watson. Quand tu lis et quand tu vas sur Facebook, quand tu lis la page de J. Watson qui est encore en vie, tu te demandes si on est dans une secte. [...]* »

(Entretien le 22/03/19 avec Rachel, infirmière coordinatrice de la recherche paramédicale au CHU)

Selon cette infirmière, cette discipline telle qu'elle est enseignée en formation se présente même aux étudiantes comme une prescription de manière d'agir et un « *magma de valeurs* » relatives au soin et au *care*. Lors de la présentation du rôle des infirmières et de leur activité professionnelle en lien étroit avec la discipline des sciences infirmières, une formatrice procède ainsi en mettant en avant la posture empathique et bienveillante, ainsi que le relationnel :

Gwenaelle [formatrice] insiste sur le fait qu'ils devront toujours agir selon certaines valeurs : « *Comment mon attention elle reste de l'ordre du prendre soin, de l'empathie, de la bienveillance. Le patient il aura une attente, les collègues aussi. Ils vont évaluer aussi. Tous vos sens sont en éveil dans la rencontre à l'autre. Les professionnels et les patients vont être attentifs à ça. On appelle ça les savoirs comportementaux, le savoir-être. Bien entendu il y a une exigence quand on est soignant, quand on est infirmier* ».

(Observation, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 05/09/17)

Elle a recours dans son discours à une prolifération de concepts et de mots différents (« soin », « empathie », « bienveillance », « attention », etc.) pour désigner une même réalité, un bon indice de la valorisation de cette dimension de l'activité. Comme le suggérait Rachel, la transmission de ce modèle au sein de la formation prend essentiellement la forme de prescriptions de manière d'agir qui suggèrent la mise en œuvre du *care*.

La structure même de la discipline entretient un tel lien avec le *care*. Comme le montre bien la thèse de L. Girard (2018), les « sciences infirmières » proposent des procédures, des outils et un corpus de savoirs théoriques permettant aux infirmières de réaliser une prise en charge de chaque patient et de chaque patiente afin de rétablir un état de santé, état de santé qui s'avère être propre à chacun et à chacune. L'engagement que prône ce modèle dans la prise en charge individualisée de personnes en situation de perte d'autonomie contribue à inscrire les étudiantes dans un processus de renforcement de la fonction de maternage, une fonction qui est conforme au rôle attendu des femmes (Bereni et al., 2012 ; Bouchard et al., 1998 ; Muel-Dreyfus, 1996). L'endossement de ce rôle les conduit à entretenir des dispositions supposées féminines comme des habilités de soutien ou des dispositions interactionnelles (Bouchard et al., 1998). Ainsi, cette discipline et la manière dont elle est transmise reconduisent d'une certaine manière une idéalisation philanthropique de l'activité d'infirmière.

L'entretien de dispositions supposées féminines est d'autant plus patent que la démarche propre à cette culture suppose de mettre l'accent sur la subjectivité et la singularité des cas (Petitat, 1992b), comme dans la formation des éducateurs et éducatrices (Iori, 2019), ce qui éloigne les étudiantes de l'objectivité revendiquée des autres sciences (Granger, 1993).

L'art infirmier c'est « *d'adapter la réponse au contexte et à la personne que vous avez en face de vous* ».

(Propos tenus le 11/09/17 par Gwenaëlle, formatrice à l'IFSI, lors de la présentation du projet de formation)

Une telle essence de la discipline contribue à faire appel à la « modalité » (Grignon, 1971) dans la mise en œuvre de la démarche de recueil de données, c'est-à-dire à mobiliser la sensibilité, l'écoute pour s'adapter à la singularité des situations et des prises en charge. Cette formatrice l'explique à ses étudiantes.

8h53 : Mireille [la formatrice] Elle donne ensuite des définitions, notamment celle de la démarche clinique infirmière : « *processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et/ou potentiels d'une personne ou d'un groupe, mais également de ses capacités.* » Elle souligne que ça commence toujours par un questionnement. L'infirmière pose des hypothèses, mène un « *raisonnement ou un jugement clinique* » sur la personne soignée. Une telle démarche nécessite des connaissances. [...] 9h11 : Elle précise « *n'oubliez pas qu'une infirmière est observatrice.* » [...] « *Observer, c'est porter l'attention sur* ». [...] Elle insiste sur le fait que cette démarche passe par tous les sens. [...] Elle rappelle qu'on ne peut pas observer une personne sans être disponible pour elle.

(Observation, cours sur le raisonnement clinique, le 28/09/17)

Le raisonnement clinique cultive l'observation et l'attention aux autres ce qui contraste avec une vision durkheimienne et positiviste des sciences qui recommande de traiter les êtres et les faits sociaux « comme des choses ». La démarche des sciences infirmières s'avère éminemment « sensible ». Elle suppose une entrée dans la connaissance par la perception comme l'explique cette autre formatrice lors d'une unité d'intégration :

10h37 : Gwenaëlle [formatrice] passe ensuite à la présentation de la démarche clinique. Elle explique les étapes grâce à un schéma. Elle souligne que la première étape est l'observation de la personne et de l'environnement. « *L'observation en soins infirmiers, elle a une dimension sensorielle.* » Quelqu'un demande si on utilise le goût. Elle explique qu'il y a eu une époque où l'on goûtait les urines. Elle souligne qu'ils vont recueillir des données via les observations des cinq sens et grâce à la relation qui se crée. Elle explique qu'ils vont analyser et interpréter ces données. Elle souligne « *c'est là justement que vous allez faire parler votre paradigme.* »

(Observation présentation UI, le 14/09/17)

Tous les sens sont à mobiliser. Les infirmières doivent tenir compte de leur perception et ont à les interpréter.

Mireille [formatrice] explique que c'est une UE inscrite dans le « *champ des sciences et techniques infirmières* ». [...] Elle revient sur les objectifs de cette UE à savoir : apprendre à évaluer des besoins et attentes, à rechercher et sélectionner des infos, identifier les signes et les symptômes, conduire un entretien et repérer les potentialités et les ressources d'une personne. [...] Elle explique qu'ils vont travailler avec une « méthode intuitive » et les sollicite pour savoir ce que c'est. Maria propose une définition « avec ce que l'on sent ». Françoise approuve et précise qu'ils vont le faire avec une méthode scientifique, c'est-à-dire avec « *ordre et méthode* ».

(Observation le 14/09/17 présentation compétence 3 :

« Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens »)

Le discours des formatrices suggère donc que les sciences infirmières cultivent non seulement des dispositions mobilisant une posture d'attention et d'empathie, mais aussi des dispositions sensorielles. L'étude des stages a fait ressortir l'importance de l'entretien du sens de l'écoute et de l'observation dans le cadre de leur formation clinique. Ce stage en chirurgie permet de voir que les autres sens comme l'odorat ou le toucher occupent également une place non négligeable dans le recueil de données que mettent en œuvre les infirmières.

Lisa [l'infirmière] relève que ça ne sent pas bon dans la chambre. L'aide-soignant aussi.

(Observation premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 21/11/17)

Le désagrément olfactif que ressent cette infirmière la pousse à envisager une évolution de l'état de santé du patient. À la suite de son constat, elle va consulter un médecin pour faire part de cette analyse. L'usage de ce sens transparaît aussi dans les propos d'Emma qui relate une situation similaire.

« *Mais souvent aussi, t'as l'infirmière qui dit en fonction de... euh... ben de l'évolution de la plaie, elle dit : "Ben là, on va p'têt mettre un truc parce que ça sent mauvais, on va p'têt mettre euh, le charbon, on va p'têt mettre ça, on va p'têt mettre..."* »

(Entretien le 9/01/18 avec Emma, 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

Elle m'explique comment l'infirmière opte pour tel ou tel pansement en fonction de l'état de la plaie qu'elle juge en partie grâce à l'odorat. Comme le suggéraient les formatrices dans les observations précédentes, la mise en œuvre de la démarche scientifique contribue donc bien à entretenir des dispositions supposées féminines telles que l'attention, le coup d'œil, l'observation, le contact, la sensibilité.

Alors même que l'objectif de ce modèle est de justifier que le travail spécifique des infirmières ne repose pas uniquement sur des savoirs associés à des dispositions supposément féminines (Girard, 2018), la transmission des sciences infirmières participe en fait à l'entretien même de ces dispositions. Ainsi, l'opposition fréquemment faite entre sciences et *care* ne résiste pas à la réalité de la culture scientifique transmise dans cette formation. Au contraire, il s'agit ici d'une culture scientifique au service du *care*. Contrairement à ce que les études sociologiques ont montré jusqu'alors, à savoir une correspondance entre formations scientifiques et dispositions supposées masculines (Baudelot & Establet, 2006 ; Blickenstaff, 2005 ; Detrez & Piluso, 2014 ; Duru-Bellat, 2004 ; Perronet, 2017), certains savoirs se réclamant des sciences peuvent participer à la production de dispositions traditionnellement attribuées aux femmes. L'articulation de tels savoirs souvent jugés antinomiques se réalise dans cette formation de la santé. La culture technique opère dans le même sens.

VII.3.b Les actes techniques, ou l'imposition du doigté, de la minutie et du contrôle

L'étude de la transmission des compétences techniques montre que l'inculcation de ces savoir-faire est étroitement liée à celle d'un rapport au corps particulier, à l'instar de ce qu'a pu constater P. Kergoat (2007) dans d'autres cursus techniques. Or, comme le montre C. Guillaumin (1992), le corps se situe justement au cœur du processus de (re)production du genre. L'analyse de cette socialisation corporelle induite par la technique permet d'éclaircir davantage l'impact de la diffusion dans la formation des infirmières des cultures scientifiques et techniques sur l'ordre du genre. Le développement qui suit complète la thèse d'A. Piret (2004) en tirant le fil du genre, un angle qu'elle a peu mis en avant dans sa thèse sur la socialisation corporelle au sein de la formation des infirmières.

Dans cette formation, la maîtrise des gestes techniques est explicitement liée au développement de la dextérité, c'est-à-dire à l'adresse de la main dans l'exécution d'un mouvement. Les formatrices insistent auprès des étudiantes sur l'importance d'acquérir ce doigté minutieux.

Gwenaëlle [formatrice] explique qu'elles vont acquérir une dextérité qui va leur permettre de ne plus perdre de temps.

(Observation, soin d'hygiène, le 27/09/17)

Les cours de travaux pratiques (TP) s'avèrent être des lieux privilégiés dans le façonnement chez les étudiantes de ces « techniques du corps » (Mauss, 1936) qu'elles vont devoir mettre en œuvre dans leur future profession. Lors de ces séances d'apprentissage des nouveaux actes professionnels comme l'apprentissage du nettoyage des robinets, de la purge des perfusions, ou du maniement des seringues, les difficultés rencontrées par les étudiantes rendent visible la nécessaire maîtrise de la précision pour accomplir ce type de gestes.

La formatrice, Christelle, effectue l'ouverture des compresses au ralenti. Elle prend les deux bords du sachet avec les pouces, paumes contre paume, puis écarte vers l'extérieur les rebords du sachet. Elle insiste sur le fait qu'il ne faut pas toucher les compresses ni les faire sortir de la partie stérile. [...] Lyla et Cynthia se portent volontaires. Elles commencent leur manipulation. Christelle commente « *Il faut poser là les incontournables. Il y a des choses, c'est imparable* », elle reprend Cynthia qui a passé son alcool de la main gauche à la main droite et Lyla sur son ouverture de compresse, car celle-ci a replié son emballage sur la partie contaminée. [...] Lors de la purge du robinet, Christelle reprend à nouveau Cynthia : « *Vous ne tiendrez pas le robinet comme ça, avec vos mains pleines de doigts.* » [...] Christelle intervient ensuite auprès de Lyla pour lui montrer qu'elle a perdu de l'antibiotique. Lors de sa dilution, du mélange a coulé sur sa table. Elle lui fait remarquer que « *dans la vraie vie* », il faudrait qu'elle recommence.

(Observation, TP Perfusion, le 31/03/17)

Contrairement à ce qui se passe dans d'autres formations transmettant une culture technique (Thomas, 2013), le manque de force physique n'apparaît pas comme problématique. Les outils mobilisés, par leur forme et leur taille (Tabet, 1979), ne requièrent pas de fermeté et de puissance. À l'inverse, leurs petites dimensions engendrent une utilisation marquée par la précision. À la fin du TP destiné à l'apprentissage de la préparation d'une perfusion, la formatrice soulève d'ailleurs l'importance de la dextérité :

Pendant ce temps Christelle commente la manipulation de Susie « *Il va falloir au fur et à mesure avoir cette dextérité.* » Susie en terminant son soin conclut « *Eh ben, c'est compliqué.* ».

(Observation, TP Perfusion, le 31/03/17)

Cette dernière explique à l'une des étudiantes qu'elle va devoir faire des progrès liés à la gestuelle. Ce même TP dispensé par une autre formatrice laisse entrevoir des difficultés similaires pour les autres étudiantes. Celles et ceux qui découvrent la manipulation renversent, font des gestes inappropriés et sont parfois bloqués avec tous les outils dans leurs mains sans savoir comment s'en sortir.

Romain poursuit sa manipulation. Marion, sa binôme, l'aide, car il est en difficulté. Elle fait des gestes avec lui. Gwladys [formatrice] vient se placer à côté de Romain et reprend la situation. Elle lui montre comment effectuer une sécurisation à l'aide de ses doigts. Elle lui conseille de faire des mouvements amples et de ne pas effectuer de croisements.

(Observation, TP Perfusion, le 31/03/17)

L'entraînement systématique et prolongé de la réalisation d'une même tâche dans le cadre des travaux pratiques permet ainsi de « dresser » (Mauss, 1936) les corps des étudiantes à la minutie et aux subtilités gestuelles qu'imposent les actes professionnels infirmiers.

Les observations des stages, lieux et temps privilégiés de l'application des gestes professionnels, confirment l'importance des compétences gestuelles. Le bilan de fin de stage de Maïna montre que les professionnelles sont particulièrement attentives à l'acquisition du « doigté ». L'infirmière suggère à cette occasion à Maïna de « *poursuivre la dextérité dans les soins* »¹⁸² dans la suite de son parcours. Au cours des stages, cette imprégnation des savoir-faire se fait en partie par imitation, en prenant modèle sur les gestes des infirmières observées (cf. Chapitre IV). Les étudiantes investissent d'autant plus cette forme singulière de techniques du corps que les patients eux-mêmes la valorisent chez les professionnelles qui la mettent en œuvre.

L'infirmière prévient qu'elle va percer les sortes d'ampoules. Le patient dit : « *Je ne sens rien, c'est fait avec doigté.* » L'infirmière rigole et répond : « on essaye », puis continue de percer. Serge regarde de près ce qu'elle fait.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 28/11/18)

Ces gratifications invitent les étudiantes à s'en emparer. Elles en font d'ailleurs une de leurs préoccupations. Plusieurs étudiantes me confient qu'elles appréhendent de faire mal à leurs patients en étant trop brusques.

Derrière l'intégration de la précision gestuelle, du doigté et de la minutie se joue le façonnement d'un rapport au corps contenu et maîtrisé sur le plan « instrumental » (Piret, 2004), c'est-à-dire du point de vue des dispositions sensori-motrices. La décomposition des soins techniques en sous-unités gestuelles nécessite l'introduction d'une disciplinarisation du corps. Les étudiantes apprennent ainsi tout d'abord à contrôler leur corps dans les moindres détails. Des techniques leur sont données pour y parvenir : une formatrice suggère par exemple à une étudiante de procéder à son soin en apnée pour ne pas trembler¹⁸³. Tout un travail d'invisibilisation de certains gestes, dits « parasites », est par ailleurs mené. Les étudiantes apprennent ainsi à dompter des gestes qui sont de l'ordre du réflexe.

Une étudiante commente la gestuelle de sa partenaire. Elle précise qu'elle a tout fait bien, mais qu'elle a un geste parasite. Hugo [formateur] insiste sur l'importance de l'éliminer.

(Observation, TP Hygiène des mains, 20/09/17)

¹⁸² Premier stage de Maïna en EHPAD en décembre 2017.

¹⁸³ Observation, TP perfusion, le 31/03/18.

Christelle [formatrice] reprend ensuite Louise qui vient de se frotter le nez.

(Observation, TP Perfusion, le 31/03/17)

Les étudiantes sont chargées de s'observer mutuellement afin de pointer puis d'effacer ces gestes qui leur échappent. Les travaux pratiques prennent la forme d'une chasse au relâchement et cultivent pleinement cette extrême rigueur corporelle. L'apprentissage de la culture technique correspond finalement à l'inculcation d'un langage codifié dans le sens où les étudiantes sont amenées à se familiariser avec des postures et doivent apprendre à effectuer les gestes dans un ordre défini. Elles doivent intégrer une séquence de gestes, de synchronies musculaires dans une perspective d'application d'un soin. A. Petitat (1992) parle de « standardisation protocolaire ». Lors de la réalisation de leurs gestes, les étudiantes se plient aux règles physiques imposées par l'institution et par la profession. Elles doivent intégrer les « règles de bonnes pratiques » comme l'explique une des formatrices.

Christelle [formatrice] reprend Cinthya qui a passé son alcool de la main gauche à la main droite. [...] Gwladys [formatrice] lui conseille de faire des mouvements amples et de ne pas effectuer de croisement.

(Observation, TP Perfusion, le 31/03/17)

Cet exemple illustre parfaitement comment l'apprentissage de la technicité impose finalement une disciplinarisation des corps et l'imposition de nouvelles gestuelles (Foucault, 1975). Les étudiantes doivent apprendre à ne pas croiser leurs bras pour que « sale » et « propre » ne se mélangent pas et à ne pas passer leurs différents outils d'une main à l'autre. Elles apprennent à se familiariser avec une certaine chorégraphie des soins.

Contrairement à ce qui se passe dans d'autres formations industrielles et techniques ayant un public majoritairement masculin (Thomas, 2013), ce ne sont donc pas des « attributs de la masculinité » (Connell, 2005 ; Falconnet & Lefaucheur, 1975 ; Le Bart, 2005 ; Tabet, 1979) comme la force physique et la résistance qui sont cultivées au travers de la technicité dans cette formation. Aucune étudiante n'exprime d'ailleurs avoir développé de telles savoirs-faire et savoir-être dans le cadre des questionnaires alors qu'elles sont quelques-unes à évoquer la « dextérité » (2,8 %), les « habilités manuelles » (0,1 %) et l'« adresse » (0,1 %), mais aussi l'« application » (0,6 %), la « délicatesse » (0,2 %) et la « prudence » (0,1 %) comme « qualités développées » au cours de leur formation. Ces constats indiquent que la transmission de la culture technique n'est pas forcément synonyme d'entretien de dispositions supposées masculines et de valorisation de l'usage de la force. Au contraire, dans le cadre de cette formation, la culture technique participe à entretenir un rapport au corps contenu et maîtrisé qui

suppose des dispositions telles que la minutie, la précision, l'agilité, le doigté. Une telle socialisation corporelle façonnée par la technicité que sont amenées à maîtriser les futures infirmières, entre en correspondance avec une socialisation corporelle féminine, dans le sens où ces dispositions sont traditionnellement plus souvent entretenues chez les filles que chez les garçons au cours de la socialisation primaire et secondaire (Bereni et al., 2012 ; Bourdieu, 1998 ; Court, 2010 ; Gianini Belotti, 1994).

À ce contrôle instrumental du corps s'ajoute le façonnement d'un contrôle expressif, c'est-à-dire l'apprentissage d'un contrôle des émotions et de la douleur physique.

VII.3.c Apprendre la maîtrise de soi

Cette maîtrise extrême du corps induite par la réalisation de gestes techniques va en effet aussi passer par l'inculcation d'une maîtrise de soi. Les étudiantes apprennent au cours de leur cursus à contenir et à gérer leurs sensations et leurs troubles physiques, mais aussi psychiques.

Les prescriptions des formatrices au cours de travaux pratiques ou celles des professionnelles rendent visible un tel « dressage » :

Hugo [formateur] entre dans la salle. Il leur demande de se découvrir les avant-bras. Clothilde dit qu'il fait froid. Il lui répond : « *Bienvenue dans la dure réalité de la vie dans laquelle vous allez travailler.* » Il souligne qu'ils sont dans une formation pour adulte et insiste sur le fait que sa remarque donne une mauvaise image d'elle. « *Il va falloir apprendre à se contrôler.* »

(Observation, TP Hygiène des mains, 20/09/17)

Les étudiantes sont invitées au travers des remarques qui leur sont faites à ne pas tenir compte de leurs propres sensations, ou plutôt à les dissimuler. Elles ne doivent pas laisser paraître les efforts effectués ni leurs craintes. Cette étudiante l'exprime en rapportant ce qu'elle va faire dans les prochains jours en stage quand elle va essayer de nouveau les prises de sang.

« *Là, il faut que sur ton visage rien ne transparaisse. Tu te liquéfies à l'intérieur, mais tu fais genre : tout va bien, je gère.* [rire] »

(Entretien le 6/02/18 avec Samantha, 1^{re} année, aide-soignante, 40 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

Il s'agit de refouler ses émotions pour faire bonne figure auprès des patients, de les rassurer et les reconforter. À l'instar de ce qu'a montré A. Hochschild (1983) à propos des hôtesse de l'air et des stewards, mais aussi d'autres travaux sur les métiers de service (Desprat, 2015), le travail des infirmières exige un « travail émotionnel », c'est-à-dire un travail sur soi et sur autrui qui se rapproche de la capacité de gestion des émotions attendues par les femmes dans la sphère privée. Les étudiantes se doivent de produire un « travail intégrateur » (Wharton & Erickson,

1993), c'est-à-dire qu'elles doivent se montrer souriantes et aimables en toutes circonstances lors de l'application de leurs gestes techniques. Les injonctions des professionnelles, comme celles de cette formatrice, participent à faire prendre conscience de l'importance de cette disposition à la maîtrise de soi qui associe expression appuyée de sentiments positifs (sourire, amabilité) et répression des sentiments négatifs. Les futures infirmières sont invitées à produire des émotions positives en direction des patients. Comme pour l'inculcation de la précision, les gratifications de ces derniers renforcent cet apprentissage.

Elle souligne le savoir-être, le caractère souriant, agréable, motivé de Maïna
(Propos d'une patiente, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21.12.17)

Elle me dit que Serge est très souriant et que c'est important un sourire. L'autre acquiesce.
(Propos d'une patiente, premier stage de Serge, SSR, le 28/11/17)

Ces savoirs impliquent donc une véritable maîtrise de soi qui est largement construite et apprise (Fortino, 2002).

Au cours de leur formation, les futures infirmières cultivent donc des dispositions affectives supposées naturelles, et ce de manière canalisée. L'entretien conduit avec Emma rend bien compte de ce point. Elle exprime l'appropriation progressive de cette posture de gestion émotionnelle tout en défendant l'idée que ce sont des dispositions que les étudiantes ont déjà :

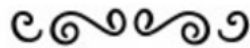
« Faut avoir une... Faut être joyeux. Enfin, moi, j'ai toujours vu l'infirmière un peu comme ça, tu sais qui doit remonter un peu le moral des troupes quoi. Je sais que j'aime bien être comme ça tu vois. Et ouais, ... Et sinon le truc où j'ai le plus changé j'crois, c'est que je pense que je me suis plus posée. Enfin, avant j'étais un peu, je l'suis toujours un peu, une boule de nerfs quoi. Et maintenant, je me pose plus, enfin j'essaye quoi. Mais c'est pas facile parce que, tu vois, au fond de moi... C'est pour ça j'pense que j'aime bien le sport. Ça me défoule, mais ouais j'dirais plus ça. Après sinon les qualités, j'pense que tu les as déjà dès le début. Enfin, j'sais pas trop. »

(Entretien le 9/01/18 avec Emma, étudiante en 3^e année, 24 ans,
mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

L'observation des stages corrobore le réinvestissement volontaire par les étudiantes en fin de formation du contrôle de leur posture, mais aussi de leur corps. Les étudiantes dissimulent leurs défaillances corporelles, notamment leurs maux de dos (*cf.* Chapitre IV).

En parallèle de l'apprentissage de la culture technique et de sa mise en œuvre se joue donc dans cette formation l'inculcation d'un idéal de maîtrise de soi et de rigueur qui pousse les futures infirmières à développer un rapport au corps contenu et maîtrisé tant sur le plan instrumental qu'expressif ainsi que des dispositions à la précision, à la minutie et à la dextérité. Cette formation cultive ainsi des dispositions corporelles traditionnellement attribuées aux

femmes (Bourdieu, 1998 ; Court, 2010 ; Gianini Belotti, 1994 ; Grignon, 1971 ; Octobre, 2010 ; Thomas, 2013) et déniées aux hommes alors même que certains métiers masculins requièrent de la précision et de la dextérité (Zolesio, 2009). La technicité comme la culture scientifique se déclinent en ce sens dans cette formation au féminin.



La présence dans une formation féminisée de la culture scientifique et technique ne suffit pas à faire disparaître tout ordre du genre (Clair, 2008).

Les deux premières parties de cette thèse ont mis en évidence que les futures infirmières apprennent aujourd'hui à être des « scientifiques du care » et des « ingénieures » en réponse aux enjeux de professionnalisation, mais aussi aux évolutions du travail infirmier. Nous y avons vu qu'elles développent aujourd'hui dans le cadre de ce cursus des savoirs liés aux cultures scientifiques et techniques, traditionnellement perçues comme étant l'apanage des hommes et participant à doter celles et ceux qui en usent de dispositions de dominants (Blanchard et al., 2016 ; Bourdieu, 1989 ; Khan, 2015).

Néanmoins, l'analyse de ce chapitre vient de le montrer, les manières de les transmettre, ainsi que les acteurs et actrices de la formation (formatrices, infirmières, mais aussi intervenants et intervenantes venant de l'extérieur) participent à hiérarchiser les divers savoirs, en les valorisant inégalement. Si aujourd'hui les futures infirmières apprennent bien à mettre en œuvre des dispositions plurielles, à la fois des dispositions supposées masculines et des dispositions supposées féminines, elles apprennent également à valoriser et à visibiliser davantage les secondes. La dimension interactionnelle de leur travail est valorisée. La culture technique mobilisée est mise au second plan au profit du *care*. Par ailleurs, toute une partie de la démarche scientifique mobilisée est passée sous silence. Les futures infirmières sont amenées à se placer ostensiblement du côté des sciences « pragmatiques » et « sensibles » qui se trouvent largement féminisées et dominées dans le champ scientifique.

De tels constats invitent à remettre en cause le lien systématique effectué entre savoirs scientifiques, techniques et dispositions supposées masculines. L'institut de formation en soins

infirmiers décline en effet au féminin ce type de cultures et entretient des dispositions qui ne correspondent pas forcément à celles des dominants (vitesse, créativité, etc.) (Blanchard et al., 2016; Bourdieu, 1989; Darmon, 2013; S. Khan, 2015). Par ailleurs, la transmission des cultures scientifique et technique peut aller de pair avec la fabrique d'une « féminité ».

La transmission des savoirs dans cette institution d'enseignement participe ainsi à une reconfiguration de l'ordre du genre. L'articulation des différents savoirs transmis, leurs visibilisations et valorisation différentielle participe en effet à déployer une socialisation genrée, qui s'avère bien différente de la socialisation genrée « traditionnelle ». En outre, elles contribuent à éloigner les futures infirmières de la reconnaissance que confère habituellement la mobilisation des cultures techniques et scientifiques. Il n'y a pas en ce sens disparition des hiérarchies, mais plutôt reconfiguration des espaces de légitimité.

Un tel chapitre aura aussi montré comment la division sexuée du travail se trouve finalement recomposée en silence : à travers la formation contemporaine des infirmières, des jeunes femmes développent des dispositions supposées masculines tout en apprenant à ne pas s'en réclamer et à valoriser davantage les dispositions socialement plus ajustées à leur sexe.

Chapitre VIII

Des soignantes pas comme les autres : au cœur du *care* infirmier

À l’instar de plusieurs travaux portant sur des formations féminisées (Depoilly, 2018 ; Iori, 2017 ; Olivier, 2018 ; Skeggs, 2014) l’analyse dressée dans le chapitre précédent suggère que les étudiantes en soins infirmiers développent des dispositions au *care* et actualisent des dispositions supposées féminines en transposant dans le monde professionnel des rôles et des valeurs associés aux femmes dans la sphère privée (soin, souci des autres...) (Bereni et al., 2012 ; Bouchard et al., 1998).

Dès lors, cela signifierait que le « prendre soin » transmis en formation professionnelle aux aides-soignantes engage une posture et des modalités d’interactions similaires à celles que doivent apprendre à mettre en œuvre les infirmières ou les sage-femmes ou d’autres travailleurs et travailleuses du *care* comme les assistants et assistantes de service social, les aides à domicile, etc.

Or il existe des usages différenciés du relationnel en fonction du statut social du métier (Cartier & Lechien, 2012 ; Le Feuvre et al., 2012). Il semble alors important, dans le prolongement de plusieurs travaux récents (Benelli & Modak, 2010 ; Depoilly, 2018 ; Molinier, 2000, 2003 ; Skeggs, 2014), d’appréhender précisément les dispositions au *care* que les futures infirmières apprennent à mobiliser sans se satisfaire de descriptions très générales sur le prendre soin, l’écoute et l’empathie, comme on peut en trouver dans certaines recherches (Boujut, 2005 ; Le Strat, 2001), pour identifier les éventuelles spécificités du *care* infirmier façonné au sein de ce cursus.

Dans un premier temps, la focale sera portée sur la posture de soin transmise à travers l’étude de la façon dont les étudiantes apprennent à se positionner vis-à-vis de celles et ceux qu’elles soignent tant sur le plan corporel qu’émotionnel (I). Dans un second temps, l’éthique interactionnelle transmise sera explorée. Nous dessinerons les contours de la médiation

qu'engagent les étudiantes pour mieux identifier les dispositions interactionnelles cultivées dans cette formation et cette activité professionnelle (II). Enfin, ce chapitre reviendra sur la morale qui guide l'action des infirmières afin de faire ressortir l'importance prise par l'hygiène et les conséquences qu'une telle morale peut avoir sur le corps des soignantes notamment (III).

VIII.1 La posture infirmière : entre proximité et distance

À partir de l'étude des prescriptions institutionnelles et des observations conduites au cours des stages, il s'agit de mettre en évidence un positionnement empreint de « juste distance » corporelle et expressive. Les futures infirmières apprennent progressivement à voir ceux qu'elles soignent comme des patients plutôt que comme des personnes, mais aussi à endosser une attitude d'empathie contrôlée qui ne doit pas être empreinte d'affection personnelle.

VIII.1.a Des soignantes dans la « juste distance »

L'analyse des prescriptions faites aux étudiantes révèle tout d'abord que la proximité n'est pas valorisée dans cette formation. Bien au contraire, les formatrices insistent sur l'investissement d'une certaine distance professionnelle. Ce positionnement que l'on retrouve dans d'autres formations et professions du soin apparaît caractéristique des relations de services thérapeutiques.

Une discussion informelle avec un formateur m'a permis d'entrevoir l'existence de cette approche singulière que les futures infirmières doivent mettre en œuvre dans le cadre d'une relation de soin¹⁸⁴. Il s'agit d'apprendre aux étudiantes à ne pas être trop proches de leurs patients. Le formateur parle de « juste distance » pour qualifier ce positionnement. Comme le confirment les propos de cette étudiante qui produit un mémoire professionnel sur la question de la relation aux patients, cette distance vis-à-vis de ces derniers est véhiculée tout au long du cursus :

« Que ce soit lors de la formation d'infirmière ou quotidiennement lors de notre exercice professionnel, conserver une juste distance professionnelle avec son patient reste un objectif de fond. » (A. M. Mathieu, 2016, p. 49)

Les propos des étudiantes enquêtées montrent comment les étudiantes investissent cette exigence de « distance professionnelle ». Dans le cas de Shana, cette « distance » est finalement une sorte de réflexe :

« En fait j'ai l'impression, maintenant à l'heure d'aujourd'hui que j'essayais de pas trop d'y penser [aux difficultés relatives aux contacts avec les patients en stage : fin de vie, premières toilettes, rapport au corps] »

(Entretien le 12/01/18 avec Shana, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

¹⁸⁴ Discussion informelle avec Hugo, formateur à l'IFSI, le 9/03/07.

La prise de distance est un moyen pour elle de vivre les relations de soin. La suite de l'entretien permet bien d'entrevoir comment finalement cette attitude se forge au contact des patients, sur le terrain, par la difficulté des situations rencontrées, mais aussi en partie à cause des configurations de stages.

« Voilà, je me rappelle juste de ça. Et en fait après ils te lâchent en stage, et d'un coup t'as plus aucune nouvelle de l'école. T'as plu aucune nouvelle de personne [rire] Enfin, t'es un peu lâché comme ça. [...] Sur les terrains de stage, ils ont même plus le temps de nous encadrer donc voilà. Tu le vis forcément mal [sa voix devient plus aigüe et chevrotante] et quand t'as même pas le temps d'expliquer : bah là, cette situation me rend mal. Bah voilà, elle me touche au plus profond de moi. Bah tu peux même pas. Mais j'ai pas le temps, on en parle après. Ouais, sauf que c'est pas après que j'ai besoin d'en parler, c'est maintenant. J'en ai besoin d'en parler maintenant parce que des fois, on voit des choses assez dures tu vois. »

(Entretien le 12/01/18 avec Shana, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Comme le laisse entendre Shana, les étudiantes n'ont pas toujours l'occasion de partager leurs émotions et de verbaliser avec les professionnelles ou les formatrices leurs difficultés ce qui les poussent aussi à intérioriser et à prendre de la distance. Si Emma, une autre troisième année laisse également voir cet ajustement de la distance aux patients se jouer en stage, à l'inverse de Shana, la confrontation au terrain l'a rendue moins distante face aux situations et aux personnes.

« Je pensais être très à distance des gens. Euh finalement j'le suis pas. Dans le sens, je pensais être un euh... ... enfin mmm... pas insensible, mais comment dire euh... insensible, c'est peut-être un peu fort, mais mmm... ouais à distance, à relativiser beaucoup euh ce qui se passait chez les autres en fait finalement... non ! Comme tout le monde, ici je pense euh... hyper euh, enfin assez sensible finalement face à ce qui se passe et euh... à ce que tu peux rencontrer parce que... c'est aussi un métier humain avant tout. [...] Ben dans chaque stage t'as des choses qui marquent »

(Entretien le 9/01/18 avec Emma, 3^e année, 24 ans, mère : juriste, père : employé, beau-père : cadre responsable qualité)

D'après le formateur précité, cette « juste distance » est caractéristique du positionnement infirmier. Tous les travailleurs et les travailleuses du *care* ne cherchent pas à l'adopter. Un formateur m'indique par exemple que les éducateurs et éducatrices sont plutôt dans la « juste proximité »¹⁸⁵. Des travaux montrent en effet que dans le secteur du travail social, les travailleurs et travailleuses sont au contraire invités à accompagner au plus près le public qu'ils suivent et à s'engager dans des relations personnelles (Breviglieri et al., 2003 ; Weller, 2002). Les politiques et les évolutions récentes de ce milieu ont imposé cette injonction à la proximité.

Un tel constat conduit à penser qu'il existe plusieurs postures de travailleurs et travailleuses du *care*, mais laisse en suspens une question : *le positionnement de « juste distance*

¹⁸⁵ Discussion informelle avec Hugo, formateur de l'IFSI, le 9/03/07.

professionnelle » est-il singulier ? Ou pour le dire autrement, les futures infirmières sont-elles les seules à devoir prendre le contrepied de l'injonction à la proximité ?

Rien n'est moins sûr si l'on en croit les travaux sur d'autres activités professionnelles relatives au soin. L'article du médecin M. Vanotti (2002) rappelle par exemple que les médecins doivent adopter un « positionnement intégrateur » ni dans la seule rationalisation techniciste ni dans la psychologisation excessive. A. Delourme (1997) parle lui de « distance intime » pour qualifier la posture des psychothérapeutes alors que la notion de distance est aussi présente dans les travaux décrivant la relation des aides-soignantes à leurs patients (Causse, 2008). Dans les relations de soin engageant une dimension thérapeutique, ce positionnement apparaît comme la règle (Delourme, 1997 ; Durif-Varembont, 2003 ; Giami et al., 2013).

Une telle conclusion soulève un nouveau questionnement, y a-t-il un positionnement de travailleurs et travailleuses du *care* de soignants ? La « juste distance » des infirmières est-elle la même que celle des aides-soignantes ou des médecins ? Répondre à ce point, suppose de définir ce que « juste distance » signifie pour les infirmières. Cela peut *a priori* renvoyer à une distance physique, mais aussi à une distance émotionnelle.

VIII.1.b Prendre en charge un patient, pas une personne soignée

Considérons donc en premier lieu le positionnement physique vis-à-vis du corps des patients. À première vue, le travail des infirmières, comme celui des autres soignants et soignantes, engage un rapprochement corporel avec les patients. Néanmoins, malgré ce rapprochement inhabituel, les infirmières ne cessent de chercher à dépersonnaliser et déshumaniser la relation de soin. Cette formation les prépare à appréhender ceux qu'elles soignent comme des patients, plutôt que comme des personnes soignées.

L'une des spécificités du travail des médecins, des infirmières, mais aussi des aides-soignantes par rapport à d'autres travailleurs et travailleuses exerçant des métiers de services, est que ces soignants et soignantes travaillent sur l'homme, c'est-à-dire sur « un matériau humain » (Arborio, 2012 ; Goffman, 1968). La thèse d'A. Piret (2004) le montre bien, les situations de soins supposent une suspension de la norme conventionnelle du rapport au corps qui prône un effacement ritualisé de ce dernier (Goffman, 1974 ; Lebreton, 1984 ; Picard, 1983), c'est-à-dire sa mise à distance, son effacement. Pour mener à bien leur travail et pour administrer les soins aux patients, les infirmières doivent aborder avec ces derniers certains

sujets considérés comme tabous dans notre société tels que le fonctionnement organique du corps ou la question des déjections. Elles doivent par ailleurs manipuler directement leurs corps, mettant ainsi en œuvre un « rapport inversé au toucher » avec leurs patients (Piret, 2004). La gestion du corps de ces derniers, y compris dans ses parties les plus intimes, est très présente dans leur travail.

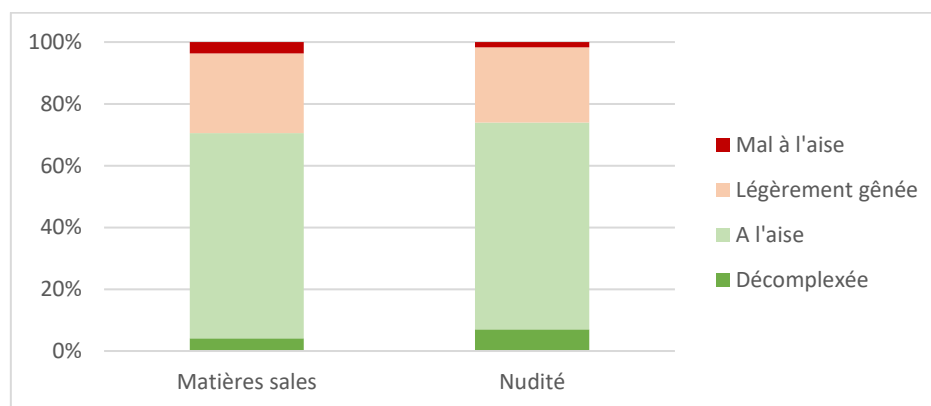
Les futures infirmières apprennent à gérer cette promiscuité inhabituelle qui est loin d’être évidente si on en croit les propos de Shana :

« On ne te prépare pas du tout à ça. C’est vrai que, qu’on te prépare pas à voir une personne nue sur un lit que tu dois laver. On t’prépare pas à avoir un corps inerte qui est bientôt prêt à mourir. Enfin tu vois, c’est... »

(Entretien le 12/01/18 avec Shana, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Les réponses faites lors de l’enquête par questionnaire montrent que cette difficulté est largement partagée. Près de la moitié des étudiantes (48,8 %) se disent gênées par les odeurs. Elles sont également un nombre non négligeable à se considérer comme mal à l’aise face au manque de propreté (29,9 %) et aux déjections (18,7 %). Finalement c’est près d’un tiers d’entre elles qui se positionnent comme « légèrement gênées » ou « mal à l’aise » face aux matières sales (29,1 %) et environ un quart à être dans cette situation face à la nudité (25,8 %).

Graphique 40 : Positionnement des étudiantes face à la nudité et aux matières sales (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l’année 2017-2018 dans 4 IFSI d’un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Il y a 7 % des étudiantes qui se disent décomplexées face à la nudité et c’est le cas de 4,1 % par rapport aux matières sales.

Le fait d’avoir exercé en tant qu’aide-soignante semble constituer un rempart au vécu de cette proximité des corps comme nuisible¹⁸⁶. Celles qui ont exercé ce type de fonction sont en effet deux fois moins nombreuses à se sentir embarrassées lors des toilettes ou face aux déjections.

¹⁸⁶ Les croisements de variables, significatif au seuil de 1% avec le test d’indépendance du khi 2 permettent de révéler des différences probantes.

Tableau 30 : Part des étudiantes déclarant ressentir une gêne en fonction des situations et du statut des étudiantes (en %)

	Odeurs	Manque de propreté
Aides-soignantes	28,3	24,2
Autres étudiantes	52,1	30,9
Total	48,8	29,9

Sources : Questionnaires administrés en 2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers du département enquêté.

Note de lecture : Il y a 28,3 % des étudiantes en soins infirmiers aides-soignantes qui déclarent être gênées par les odeurs.

Elles sont un tiers (28,3 %) contre plus de la moitié (52,1 %) à se dire importunées par les odeurs et moins d'un quart le sont par le manque de propreté (24,2 %) contre un tiers pour les autres étudiantes (30,9 %). Plus de 83,3 % des aides-soignantes se déclarent à l'aise, voire décomplexées face aux matières sales alors que ce n'est le cas que de 66,7 % de celles qui ne l'ont pas été. De telles données montrent que, comme on pouvait s'y attendre, l'expérience dans le soin participe à réduire le sentiment d'embarras occasionné par une promiscuité inhabituelle avec les corps et les sécrétions. Néanmoins, il permet aussi de voir que même avec l'expérience, une telle gêne ne disparaît pas complètement pour tous les soignants et toutes les soignantes.

Pour faciliter la gestion des corps et des sécrétions, la formation et les conditions d'exercice prévoient un certain nombre de dispositifs qui contribuent à dépersonnaliser les soignés. Les futures infirmières apprennent à gérer les corps comme des corps et non comme des personnes (Molinier, 2009). Le propos de Samantha, qui se souvient de sa première toilette mortuaire, le laissent entendre :

« Pour le soignant, c'est tellement simple, simple entre guillemets, c'est pas un moment agréable, mais pour lui, c'est un corps. C'est un corps sans vie donc bah voilà, tu le tournes, machin... Bon après je l'ai fait aussi, mais euh. Mais, c'est vrai que quand tu débutes... tourner un corps qui est mort, tout ça. Enfin bon, y a... Enfin, bon c'est quand même euh... C'est... Y a... Le corps a perdu tout son tonus, enfin bon c'est quand même, c'est particulier. C'est vrai que quand on est jeune, on s'en rappelle hein. »

(Entretien le 6/02/18 avec Samantha, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans, mère : agent de service, père : retraité)

Cette étudiante explicite une différence de représentation du corps soigné entre celles qui n'ont pas encore acquis la posture de soignante et les professionnelles. Pour ces dernières, la manipulation est « facilitée » par le fait que les patients sont largement considérés comme des corps sur lesquels on applique des soins. La thèse d'A. Piret (2004) met en évidence une partie de la construction d'un tel rapport au corps au cours de la formation des infirmières. Elle montre

comment la transmission des modèles valorisés dans ce cursus (importance accordée aux théorisations et aux références scientifiques, modèle des quatorze besoins de V. Henderson, modèle du diagnostic infirmier), mais aussi le langage professionnel participe à façonner des corps abstraits et morcelés, qui prennent la forme de « corps-objet ». À l'instar de la tradition médicale et de ce qui se joue dans d'autres formations paramédicales comme celle des kinésithérapeutes (Gaubert, 2006), le corps des patients est ainsi déshumanisé. Le cadre institué dans certains lieux de soins comme à l'hôpital par exemple vient renforcer cette posture. L'uniforme de la tunique donné à tous les patients ainsi que le retrait de tous leurs effets personnels permet de les déposséder de leurs attributs les plus personnels, ce qui facilite la dépersonnalisation des corps. La proximité dans la relation de soin n'est donc rendue possible que par la construction d'une certaine distance vis-à-vis du corps qui est en premier lieu synonyme de dépersonnalisation.

En outre, elle est aussi déssexualisation de la relation (Piret, 2004), c'est-à-dire une manière de « désambiguïser une partie des soins » prodiguer aux patients autour desquels une confusion émerge potentiellement en raison de la double proximité physique et relationnelle que nécessitent les soins. Les étudiantes en soins infirmiers apprennent constamment à déssexualiser les relations avec les patients, et ce d'autant plus que ce travail est hypersexualisé dans notre société (Le Feuvre et al., 2012), c'est-à-dire qu'il renvoie à une représentation à forte teneur érotique. Cet étudiant de troisième année me le confie pendant son stage, il veille sans cesse à ne pas être trop près des patientes et à ne pas se retrouver isolé afin d'éviter toute confusion ou mauvaise interprétation. À l'instar de ce qu'ont montré H. Martin et C. Perrin (2012) à propos des physiothérapeutes hommes, la déssexualisation consiste pour cet infirmier à éviter que ses patientes ne se sentent abusées. Il prend par ailleurs le temps de m'expliquer pourquoi il permet à une patiente autiste de s'approcher autant de lui.

Dans l'ascenseur. Une patiente autiste se tient très proche d'Alexis. Il n'a aucune réaction. En revanche, une fois sorti de l'ascenseur, il justifie auprès de moi cette proximité. Il m'explique que cette patiente passe beaucoup par les odeurs. [...] Alexis me fait un aparté en disant qu'il fait très attention à la distance avec le patient. Il me précise qu'il ne touche jamais les patients sans leur demander et que quand il est seul, il laisse la porte ouverte. Il conclut « je ne rigole pas avec ça ».

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 23/05/18)

La juste distance est donc aussi une distance corporelle pour éviter toute forme de sexualisation, c'est-à-dire situation à risque de sexualisation. Elle a pour but que les patients ne se méprennent pas, mais vise aussi à prémunir d'éventuels attouchements ou formes de violences comme le suggère cet autre étudiant lors d'un cours de sociologie :

« Ça rejoint aussi un petit peu avec la représentation que le patient se fait, mais en stage libéral par exemple, les infirmières femmes devaient sembler plus froides et plus dures avec les patients que les infirmiers. Elles affichaient beaucoup plus entre guillemets de distance professionnelle et du coup les patients osaient moins leur chercher des noises. »

(Observation, CM de sociologie, le 4/04/17)

L'affichage d'une certaine distance permet aux femmes d'éviter des gestes déplacés ou des violences (Giami et al., 2013). En stage en psychiatrie, les étudiantes se voient d'ailleurs conseiller de rester autant que faire se peut à un bras de distance des patients pour éviter d'être touchées¹⁸⁷.

Lorsqu'une relation de soin commence à prendre une forme d'érotisation volontaire, les infirmières la mettent à distance auprès du patient.

Une fille lève la main pour relater une expérience au cours de la pose d'une péniclos « En fait, c'est comme un préservatif qu'on met, c'est le même principe qu'une sonde urinaire un peu, sauf que c'est plus comme un préservatif. Et en fait, et bah moi, la personne elle le mettait toute seule normalement et il m'attrapait à chaque fois la main en fait pour que, pour que je lui mette quoi. Enfin, c'était... Et puis après il s'accrochait à moi, ils disaient aux autres aides-soignantes qui étaient avec moi : Euh, laissez-nous à deux et tout... tranquille... Et moi, je rigolais parce que je lui disais : "je suis trop jeune pour vous et tout", mais franchement ça me dégoûtait. » Rire de toute la salle. Le professeur fait remarquer que là on rigole, mais que sur le moment ça ne devait pas être facile. La fille reprend la parole « Bah quand j'étais pas toute seule, je rigolais avec l'aide-soignante et tout, parce que quand l'aide-soignante arrivait, il disait : "Laissez-nous avec la demoiselle, asseyez-vous sur mon lit et tout ça." et 'fin bref, donc avec l'aide-soignante on en rigolait, mais sinon 'fin, 'fin c'est pas ... Clairement ça met mal à l'aise quoi. Et quand on dit « à demain », il nous regarde « à demain » (elle mime un geste avec ses mains et un sourire en coin). »

(Observation, CM de sociologie, le 4/04/17)

Les étudiantes dans de telles circonstances nient cette relation comme relation sexuelle soit explicitement soit comme ici en la tournant en dérision. L'humour permet de signifier aux patients qu'elles n'entrent pas dans le jeu, mais s'avère aussi un moyen de supporter ce type de proximité.

La juste distance est ainsi également une injonction à ne pas vivre toute forme de sexualisation comme une agression. Comme l'explique cette promotion à l'intervenant extérieur dispensant un cours de sociologie, la sexualisation fait partie de leur quotidien en tant qu'infirmières. Elles y sont sans cesse confrontées au cours de leur stage et apprennent donc à vivre avec.

M. Labry les questionne ensuite sur un autre sujet qui, il le présente ainsi, est de plus en plus traité en sociologie dans les métiers féminins, à savoir la confrontation à des gestes déplacés. La salle rigole et collectivement ils affirment que c'est une évidence. De nombreuses mains se lèvent pour témoigner de cette situation qui semble courante. Une fille raconte une expérience où un patient sous morphine a voulu lui passer sa main dans sa blouse alors qu'elle allait effectuer un soin. Ma voisine rétorque : « Oui, mais il était shooté le pauvre ! » Rire de la salle.

(Observation, CM de sociologie, le 4/04/17)

¹⁸⁷ Observation, stage en psychiatrie, le 30/05/19.

La remarque faite par cette étudiante fait prendre conscience d'un phénomène plusieurs fois constaté lors de discussions informelles : les étudiantes tendent à affilier ce type de gestes à des pathologies ou à des traitements. Finalement elles semblent apprendre à ne pas en tenir complètement rigueur aux patients. Cette juste distance vis-à-vis de ces derniers signifie donc à la fois le souci constant que la relation avec le patient ne prenne pas la forme d'une relation sexuelle ou ne puisse pas être interprétée comme telle, mais aussi le façonnement d'une réaction tenant compte de l'état de santé des patients. Comme le soulignent les travaux de A. Giami, P. Moulin et E. Moreau (2013), certaines situations d'érotisation jugées involontaires, car liées à la maladie ou au traitement, sont excusées par les infirmières.

Les éléments constitutifs de la juste distance identifiés jusqu'alors ne sont pas spécifiques aux infirmières. Les autres professionnels et professionnelles de santé sont également dans cette proximité inhabituelle au corps d'autrui, et la relation professionnelle qu'ils engagent met à distance et dépersonnalise les patients. La relation de soin est souvent déssexualisée. Pourtant cela n'empêche pas que la juste distance des infirmières n'est pas la même que celle des médecins, ou que celle des aides-soignantes.

Comme le laissent bien transparaître les discours des aides-soignantes en reconversion professionnelle, le lien au corps des patients n'est pas le même dans le travail des infirmières ou dans celui des aides-soignantes.

« On n'est quand même beaucoup moins au contact des patients. »

(Entretien le 7/02/18 avec Serge, 1^{re} année, aide-soignant, 35 ans, mère : ASH, père : technicien)

« Nous les aides-soignantes, on est dans le faire [...] à un moment donné, moi, le pipi caca, à un moment donné, mon job, j'avais l'impression que c'était plus que ça quoi. [...] Il y a plus trop la place à la réflexion, à voir la personne sous une autre dimension que ça quoi. Et puis, j'avais envie d'un support [elle toque sa main contre la table]. Je sais pas comment expliquer ça. C'est qu'en fait en tant qu'infirmière, t'as le support, t'as le support thérapeutique, t'as le support, du pansement, t'as le support euh... que en tant qu'aide-soignante, t'es en direct. T'es en relation directe »

(Entretien le 8/01/17 avec Samantha, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans, mère : agent de service, père : retraité)

L'administration même des soins infirmiers implique une certaine distance vis-à-vis du corps, ou du moins un rapport médié au corps, ce qu'entend Samantha par le « support » qu'elle évoque pour exprimer ce qu'elle recherchait en changeant d'exercice professionnel. Le rapport des infirmières au corps est en effet largement empreint de technicité. La forte composante instrumentale des soins infirmiers engendre un rapport aux patients plus « distant » que s'agissant des aides-soignantes (Arborio, 1995, 2012 ; Cresson & Gadrey, 2004). Alors que ces dernières effectuent des soins d'hygiène ou des surveillances élémentaires qui les confrontent

à des tâches proches de celles effectuées dans la sphère domestique et qui les mettent en contact direct avec le « pipi caca » évoqué par Samantha, le « sale boulot » pour reprendre l'expression d'A-M. Arborio (1995), les infirmières s'avèrent relativement tenues à distance de ce type de tâches. Elles manipulent le plus souvent les patients via une composante instrumentale. Elles posent des pansements, des perfusions, des sondes ou elles procèdent à des prélèvements. Les temps auprès de ces derniers qui ne supposent pas la mise en œuvre de soins techniques sont le plus souvent consacrés à des surveillances, des prises de constantes ou à l'administration de traitements, autant de tâches qui s'effectuent à l'aide d'instruments tels que le thermomètre, le tensiomètre... ou qui supposent d'administrer quelque chose aux patients. Ce constat ne revient pas à dire que les infirmières ne manipulent pas directement les corps. Elles sont en effet amenées à réinstaller les patients, mais aussi conduites à poser des pansements ou des sondes qui les confrontent directement aux parties du corps les plus intimes. Néanmoins, le rapport au corps est couplé à la manipulation de l'outil technique.

Ce rapport au corps est largement construit au cours de la formation. Les enseignements pratiques dispensés au sein de l'IFSI participent en effet à le façonner. Comme le souligne Serge, on ne leur apprend pas à réaliser des soins comme les toilettes qui relèvent pourtant de leur rôle.

« Mais en première année, je trouve ça dommage qu'ils mettent pas des soins de base en TP quoi.

– Comme quoi ?

– Bah comme faire une toilette, tu vois. Des soins basiques quoi.

– Ça, vous ne l'avez pas du tout ?

– On ne l'a pas du tout.

Son conjoint- C'est à l'aide-soignant de faire les toilettes, pas à l'infirmier ?

– Bah non, les rôles c'est... [...] L'infirmier fait aussi les soins de nursing »

(Entretien le 7/02/18 avec Serge, 1^{re} année, aide-soignant, 35 ans, mère : ASH, père : technicien)

Les travaux pratiques dispensés ne touchent pas aux soins du corps, mais plutôt à la transmission de gestes mobilisant des outils techniques. De la même manière, en stage, les étudiantes s'initient à ce type de soins auprès des aides-soignantes et non des infirmières, ce qui leur suggère que quand elles seront professionnelles, elles n'auront que peu un tel rapport au corps. À l'inverse, elles apprennent les gestes avec outils comme les prises de sang, les poses de perfusions, etc. auprès des infirmières. Une telle structuration de l'enseignement contribue à placer les futures infirmières du côté d'un rapport au corps technicisé.

Elles n'ont bien sûr pas le monopole de ce type de relations aux patients. Les médecins sont d'ailleurs ceux qui réalisent les gestes réputés les plus exigeants en matière de technicité. Néanmoins, une telle similitude entre ces deux activités ne signifie pas que la « juste distance »

des médecins (Delourme, 1997 ; Vannotti, 2002) soit la même que celle des infirmières. Tout d'abord, les infirmières ne sont pas dans l'évitement des corps comme le suggère M. Membrano (1993) à propos de la pratique médicale. En outre, la relation thérapeutique ne se réduit pas à une attention portée sur le corps organique (Hardy-Dubernet, 2015). Lors de la présentation de la compétence 3 « Accompagner une personne dans la réalité de ses soins quotidiens », une formatrice le leur rappelle :

Gwenaëlle [formatrice] insiste sur le fait que la situation de soin n'est pas une maladie, mais « *une personne qui vit une expérience de déséquilibre* ». « *Et vous c'est sur ça que vous allez agir. Vous n'êtes pas là pour devenir des médecins. Vous êtes là pour devenir des professionnelles de santé et plus précisément des infirmiers.* » Elle leur demande la différence entre les deux [...] Elle souligne que le médecin va chercher le dysfonctionnement, la lésion, la plaie pour chercher à la traiter. Autrement dit, il part de la pathologie pour poser un diagnostic médical. [...] Elle souligne que le médecin propose une thérapeutique qui va permettre de « traiter. » Elle passe à la partie infirmière. Elle explique qu'envers elle, le patient va plutôt exprimer une difficulté à surmonter un événement. [...] Gwenaëlle explique qu'ils vont « *non pas traiter, mais accompagner la personne* ». [...] Elle rappelle ensuite la définition du métier « *maintenir, restaurer et promouvoir la santé.* » [...] Elle signale qu'ils vont poser des objectifs, évaluer les besoins en santé et proposer des adaptations aux besoins de la personne, ce qui est appelé programme de soin. [...] « *Vous n'êtes pas une infirmière médicale, vous êtes dans un domaine de santé.* »

(Observation, cours de présentation de la compétence 3, le 12/09/17)

Contrairement aux médecins, l'infirmière n'est pas centrée sur la maladie, mais sur la personne. Ces dernières doivent être dans une prise en charge holistique du patient (cf. Chapitre III), ce qui signifie, nous l'avons vu précédemment, qu'elles ne doivent pas s'arrêter à l'organique, mais réintroduire les dimensions sociales dans leur prise en charge. Leur activité suppose un éthos d'humanisation comme le décrit A. Paillet (2007) dans sa recherche sur un service de réanimation néonatale. L'approche spécifique des infirmières contribue à les placer dans un rapport de plus grande proximité aux patients que les médecins. D'ailleurs, nous l'avons montré dans le chapitre précédent, la « technique » est étroitement associée au *care* (cf. Chapitre VII). Comme pour d'autres professions intermédiaires (Olivier, 2018), la valorisation du lien aux patients ainsi que son appréhension humaine est en effet une source de légitimation importante, notamment vis-à-vis d'autres professions symboliquement et hiérarchiquement supérieures. D'ailleurs, malgré le façonnement d'un corps objet au cours de la formation, les étudiantes doivent en même temps apprendre à « respecter la personne » et son intimité. Une étudiante le manifeste lors d'une réponse libre sur les questionnaires : « *Notre métier respecte la personne, la dignité, les corps et l'intimité.* » Il s'agit d'un discours qui leur est largement prescrit au sein de la formation.

Gwenaëlle [formatrice] projette les dix critères de qualité d'un soin : « organisation, efficacité, sécurité, autonomie/indépendance, approche relationnelle, respect de la pudeur/intimité, confort, hygiène, ergonomie, économie ». Elle rappelle que quel que soit le soin, ils doivent les mettre en œuvre.

(Observation, cours soin de confort et d'hygiène, le 27/09/17)

Le respect de l'intimité et de la pudeur fait partie des critères de qualité d'un soin infirmier et doit être mis en œuvre dans tous les soins. Dans la relation de soin qui suppose de faire tomber la mise à distance des corps, il y a en effet une re-création constante de l'effacement ritualisé (Goffman, 1974 ; Lebreton, 1984 ; Picard, 1983) comme l'atteste cet épisode survenu lors d'une tournée dans un service de chirurgie :

L'infirmière et l'aide-soignante font un massage du talon au patient. Celui-ci a sa chemise relevée, on voit ses parties intimes, mais il ne s'en préoccupe pas. L'infirmière le recouvre. En sortant, elle me dit qu'à l'hôpital c'est souvent que les patients n'ont plus de pudeur, et ce quel que soit l'âge.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 24/11/17)

Les infirmières veillent à cette occasion au maintien des règles de pudeur. L'une d'elles condamne l'érotisation volontaire engagée par le patient (Giami et al., 2013). Les futures infirmières, à l'instar des aides-soignantes (Arborio, 1995), apprennent à ne pas approuver l'exposition du corps des patients. Lors de leurs soins, les professionnelles insistent sur l'importance de couvrir leur sexe, mais aussi de fermer les volets lors des toilettes par exemple. Cette simulation d'une toilette « en technique », c'est-à-dire dans le respect pur des règles professionnelles, est l'occasion pour l'infirmière de le rappeler à la stagiaire :

« *T'aurais eu une MSP (mise en situation pratique), tu te serais fait démonter. La priorité c'est la patiente.* » Elle souligne qu'il faut que l'environnement soit propre. Elle relève plein de petites choses qu'elle n'a pas vues. Il aurait notamment fallu qu'elle baisse les volets. Claire [l'infirmière] lui explique longuement. Elle parle de la première visite, de l'importance de la patiente et l'environnement. [...] Elle rappelle à Maïna qu'il faut couvrir la personne dès qu'on se retourne pour rincer le gant.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Ce souci de préserver l'intimité des corps est une trace du maintien d'une perception humaine du corps soigné. Les infirmières ne doivent en effet pas entrer dans une mise à distance radicale des corps.

La juste distance des infirmières est donc aussi relative à celles mises en œuvre par les aides-soignantes et les médecins. Les étudiantes doivent apprendre à être ni trop proches des corps et des sécrétions, ni trop éloignées de la personne soignée. Une juste distance physique qui s'accompagne d'une juste distance expressive.

VIII.1.c Une juste distance émotionnelle

La juste distance prônée dans la formation s'avère également porteuse d'un certain positionnement émotionnel. C'est une nouvelle fois en se concentrant sur les injonctions faites

aux étudiantes, mais également sur certaines situations d'apprentissage que l'on peut dresser les contours de ce positionnement singulier que doivent investir les futures infirmières.

Comme l'explique une formatrice aux étudiantes dans une situation précitée plus haut (cf. p. 412), la relation que les étudiantes doivent engager auprès des patients est fortement empreinte de l'idée d'accompagnement de ces derniers et de leurs familles. Une telle définition de l'approche des infirmières suggère que les étudiantes vont devoir entrer dans une forme de partenariat avec ceux qu'elles soignent. Plus que les médecins (Hardy-Dubernet, 2015 ; Membrado, 1993), l'activité des infirmières suppose et vise donc une posture d'interaction constante avec les patients. Les enseignements dispensés par les formatrices insistent sur cette posture.

Gwenaëlle [formatrice] rappelle que la finalité des soins infirmiers est d'accompagner la personne à retrouver son équilibre en santé.

(Observation, présentation d'une unité d'intégration le 14/09/17)

Mireille [formatrice] leur demande ensuite de définir le soin. Quelqu'un suggère que c'est « *tout ce qui est mis en place autour de la personne* ». Serge ajoute que c'est « *faire quelque chose pour un patient* ». [...] Maria souligne que c'est « *tout acte permettant le bien-être du patient*. » Mireille revient sur cette idée et évoque le fait que la piqûre ne fait pas du bien. Quelqu'un souligne que c'est « *accompagner dans le but de retrouver l'autonomie* ». Mireille reprend une nouvelle fois l'idée qui vient d'être énoncée en parlant de ce que les infirmières font en soins palliatifs. Elle fait remarquer qu'accompagner c'est déjà beaucoup.

(Observation, cours de raisonnement clinique, le 28/09/17)

Les formatrices à l'IFSI passent du temps la notion d'accompagnement et certains enseignements sont d'ailleurs exclusivement consacrés à l'apprentissage d'une telle posture. Dans le cadre d'un cours de psychologie, les étudiantes se voient par exemple transmettre les techniques d'accompagnement au deuil¹⁸⁸. Cette posture est largement explicitée et décortiquée dans la formation. De sorte que les étudiantes tendent de plus en plus à percevoir leur rôle autour de l'accompagnement et de l'écoute (cf. Chapitre III, p. 210). Alors qu'elles ne sont que la moitié (50,7 %) en première année à envisager le rôle de l'infirmière comme un « accompagnement des patients dans leur maladie », elles sont plus des deux tiers (60,4 %) en fin de troisième année. Elles adhèrent également plus souvent à l'issue de leur cursus à l'idée que le rôle de l'infirmière est d'« être à l'écoute » : elles sont 13,1 % dans ce cas en première année, contre 15,3% en fin de formation. Au contraire, les étudiantes délaissent progressivement les perspectives curatives du type apporter des soins aux patients (moins 6,7 points) ou rétablir un état de santé (moins 4 points) ce qui suggère qu'elles intériorisent pour

¹⁸⁸ Cours de psychologie, le 21/08/18

une large part l'importance du rôle d'accompagnement de l'infirmière. Certes, ces données nous apprennent qu'elles doivent se positionner dans l'accompagnement, mais *qu'est-ce qu'une telle injonction signifie réellement en termes de comportement ?*

Dès le début du cursus, les étudiantes sont invitées à le comprendre. Plus d'une heure y est consacrée lors de la première semaine d'intégration :

Gwenaëlle [formatrice] passe ensuite à l'accompagnement. Elle leur demande de le définir. Samantha prend la parole en suggérant que cela veut dire « *être à côté* ». Marjorie propose « *suivre* ». Enrick questionne Marjorie pour demander si cela signifie « *faire le suivi de* ». Elle approuve ce sens. Serena propose à son tour « *être auprès en laissant faire* ». Gwenaëlle répète ce qu'ils viennent de dire. Clotilde prend la parole pour proposer « *soutenir* », Lisa parle de « *guider* », Astrid « *proposer* ». Au fur et à mesure, Gwenaëlle approuve et prend des notes au tableau. Timothy lève la main pour proposer « *écouter* ». Lou suggère ensuite « *observer* ». Serena propose « *Rassurer* » et Athenais « *conseiller* », Enrick « *lui permettre de trouver ses propres ressources pour aller vers l'autonomie* ». Romane, une autre formatrice, est assise à sa table, elle consigne sur un papier ce qui est dit. Les étudiantes prennent des notes sauf Clotilde. Gwenaëlle demande qui cela peut concerner. Athenais répond « *tout le monde* ». La formatrice lui demande de préciser. Lou propose les patients et les familles alors que Lisa pense aux personnes en difficultés morales ou physiques.

(Observation, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/17)

Après un long brainstorming, les formatrices insistent sur le « *faire avec* », mais aussi sur la dimension sociale que suppose cette posture. Elles font ensuite un parallèle entre l'accompagnement qu'elles mettent en œuvre à l'IFSI, et celui que les étudiantes doivent mener dans leur future activité professionnelle :

Romane [formatrice] précise que l'accompagnement a une grande part dans la formation. Gwenaëlle [formatrice] rappelle qu'elles vont être là pour les accompagner sur un parcours, qui va viser l'autonomie, la progression. Elle insiste sur le fait que l'accompagnement va être personnalisé et non jugeant. [...] Elles soulignent que l'accompagnement qu'ils leur proposent est transposable à l'accompagnement qu'ils vont proposer aux patients.

(Observation, 2^e jour de la semaine d'intégration, le 5/09/17)

Les précisions qu'elles apportent révèlent que l'accompagnement de l'infirmière doit être « *personnalisé et non jugeant* ». En outre, elles révèlent qu'il s'applique à l'égard des patients comme des familles. Une telle conception de la posture de l'infirmière est réaffirmée dans le cadre de ce cours sur l'entretien motivationnel :

L'intervenant extérieur, un infirmier, commence son cours par une définition de l'entretien motivationnel. [...] Après avoir présenté les modèles théoriques mobilisés, il en vient à une notion centrale qui est l'empathie. Il demande s'ils ont eu des interventions sur cette dimension. [...] Ilona dit : « *c'est se mettre à la place de la personne, essayer d'imaginer son point de vue*. » L'intervenant valide, mais rappelle qu'elle contient une notion de distance professionnelle.

(Observation, cours sur l'entretien motivationnel, le 6/09/18)

Au travers de ces deux observations, on perçoit que la relation de soin que doivent endosser les infirmières suppose une forme d'empathie qui correspond à une posture d'écoute empreinte de

non-jugement et de tolérance, mais qui diffère de celle décrite par S. Fortino, A. Jeantet et A. Tcholakova (2015). Il ne s'agit pas « *d'être touché par l'autre, de se mettre à sa place, de se sentir responsable et concerné par ce qu'il traverse* », mais plutôt de se montrer ouvert et disponible. Contrairement à ce que met en avant A. Olivier (2018) à propos des étudiants et étudiantes en maïeutique, il ne s'agit pas de partager par corps ou d'établir des liens entre soignants, soignantes et patients. Comme l'explicite une intervenante dans le cadre d'un cours de psychologie, elles doivent se montrer dans la compréhension et non dans les sentiments.

La psychologue leur dit de commencer par interroger les patients sur les derniers moments avant de remonter dans le passé. Elle insiste sur l'importance d'identifier les peurs et les craintes. [...] Elle évoque des éléments à éviter : « je comprends », questions mitraillettes, moraliser, avoir réponse à tout, généraliser, faire des promesses que vous ne pourrez pas tenir. » Elle les invite à ne pas être dans un renvoi sur ses propres expériences. Elle les met en garde contre les effets miroirs. Elle les invite à aborder les émotions et les « valider ».

(Cours situation de crise et relation d'aide, le 13/09/18)

Les futures infirmières doivent ainsi arborer ce qu'on pourrait appeler une « empathie contrôlée et réflexive ». Elles doivent se concentrer sur la vision des patients.

Comme ici, plusieurs enseignements donnent à voir des « techniques du *care* » infirmier pour arriver à adopter une telle attitude. Les futures infirmières sont invitées à ne pas convoquer leurs propres expériences ou leur avis. Elles doivent pousser les patients à évoquer leurs sentiments puis les valider. Le cours sur l'entretien motivationnel vient apporter un complément à la définition de cette posture.

L'infirmier évoque les savoir-faire essentiels à savoir les questions ouvertes, la valorisation, l'écoute réflexive et le résumé. Il revient sur chaque point en détail. Il sollicite la salle pour voir quelles questions il est possible de poser au patient qui est ambivalent.

(Cours sur l'entretien motivationnel, le 6/09/18)

L'intervenant invite les étudiantes à se mettre dans une écoute réflexive en usant notamment de questions ouvertes et de reformulations. Ces valeurs et la posture professionnelles ne correspondent pas à leur positionnement personnel. Les intervenants et intervenantes font bien la différence entre les deux :

L'intervenant insiste sur le fait qu'il est possible de retrouver des différences chez les professionnels et professionnelles entre valeurs personnelles et professionnelles. [...] Hugo [formateur] souligne d'ailleurs que cela constitue une difficulté pour les étudiantes qui ne sont pas totalement des professionnelles. « *C'est difficile parce qu'ils sont monsieur et madame tout le monde et qu'ils doivent rentrer dans un schéma déjà tracé en fait* ».

(Démarche de raisonnement éthique, le 9/03/17)

La posture empathique décrite précédemment peut donc être comprise comme une norme de professionnalité (Grosjean, 2001) que les étudiantes acquièrent progressivement si on en croit les propos de ce formateur.

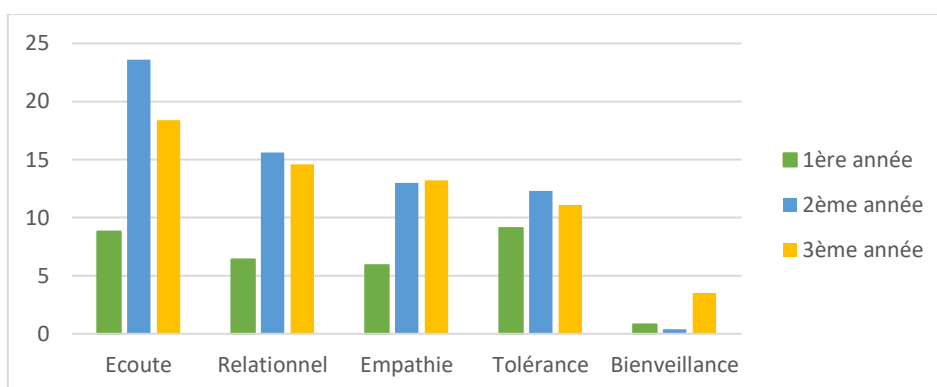
L'étude du discours des étudiantes permet de voir que les étudiantes partagent ce point de vue. Samantha, aide-soignante, étudiante en première année m'explique en entretien que pour être infirmière, il faut acquérir cette posture tournée vers l'autre :

« Aimer l'autre, voilà. Chercher à comprendre, avoir envie de comprendre. Euh, avoir de l'organisation [...] et euh avoir de l'assurance. C'est comme ça que je le vois quoi ».

(Entretien le 8/01/17 avec Samantha, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans, mère : agent de service, père : retraité)

Quand on l'interroge sur les compétences à acquérir, elle évoque aussitôt en les associant amour de l'autre et compréhension. Cependant, elle cite également juste après des éléments de distanciation : « l'organisation », « l'assurance ». Ses propos portent ainsi les traces de l'appropriation du discours qui leur est tenu. Comme elle, les étudiantes sont d'ailleurs nombreuses à estimer développer des savoir-faire et savoir-être rattachés à la posture d'accompagnement au cours de leur cursus. L'écoute, le relationnel, la patience et la tolérance font partie des cinq compétences, avec l'organisation, le plus fréquemment citées par les étudiantes pour rendre compte des acquis de leur formation. Le développement de ces dispositions est progressif si on en croit la comparaison des réponses des étudiantes en fonction de leur avancement dans le cursus dont il a déjà été question dans la première partie de cette thèse (cf. Chapitre II, p. 163). Les deuxièmes et troisièmes années sont en effet plus nombreuses à en faire part que les premières années¹⁸⁹.

Graphique 41 : Compétences que les étudiantes estiment avoir développé au cours de leur formation (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

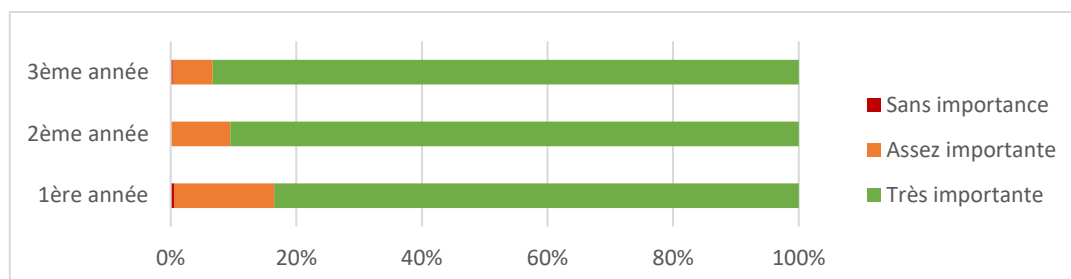
Note de lecture : Il y a 8,8 % des étudiantes en première année de formation qui déclare avoir développé l'écoute au cours de leur cursus.

En fin de cursus, elles sont près d'une sur cinq (18,4%) à déclarer avoir acquis des qualités d'écoute, 14,6 % évoquent des compétences relationnelles. Elles sont également 13,2 % à

¹⁸⁹ La relation est significative au seuil de 1 % d'après le test du khi2.

mentionner l'empathie, 11,1 % la tolérance et 3,5 % la bienveillance. Cette dernière posture est d'ailleurs de plus en plus considérée comme très importante par les étudiantes.

Graphique 42 : Représentation de la valeur bienveillance en fonction de l'avancement dans la formation (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 dans 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Il y a 15,5 % des étudiantes en première année de formation qui déclare que la bienveillance est une valeur « assez importante » à leurs yeux.

Elles sont 92,4 % dans ce cas en fin de formation contre 81,2 % en première année¹⁹⁰. Seules 6,3 % estiment encore que la bienveillance est seulement « assez importante » en fin de parcours contre 15,5 % des premières années.

Une telle posture d'empathie contrôlée acquise au cours de la formation est éloignée de la figure d'une empathie pleine de sentimentalisme et d'affects. Les étudiantes en soins infirmiers doivent apprendre à ne pas entrer dans une relation personnelle. À l'instar de ce que montrent N. Benelli et M. Modak (2010) à propos du positionnement des travailleurs et travailleuses du secteur social, la posture de *care* investie ne peut être pensée en termes de correspondance avec l'idéal du « *care* familial ». Contrairement à une vision profane, les infirmières ne doivent pas se positionner dans le rejet ou le rapprochement affectif, ni dans l'émotionnel. Cette réalité conduit d'ailleurs parfois l'observateur extérieur ou les patients à juger ce qui peut paraître pour de l'impassibilité comme un manque de *care* alors même que les infirmières adoptent pleinement le *care* propre à leur travail.

Cette approche compréhensive suppose une certaine distance émotionnelle pour que les soignantes puissent accompagner au mieux les patients et leurs familles. Pour pouvoir discuter d'un diagnostic ou d'un traitement, mais aussi pour administrer les soins, elles doivent se montrer calmes et dans la maîtrise d'elles-mêmes (Grosjean, 2001). La survenue d'un décès permet d'entrevoir le paroxysme d'une telle posture à la fois au moment même du constat, mais

¹⁹⁰ La relation est significative au seuil de 1 % d'après le test du khi2.

également par la suite, lorsque les infirmières sont amenées à prendre en charge d'autres patients sans laisser paraître leurs émotions.

L'infirmière vient nous voir et dit : « *ça y est, il y en a un.* » L'infirmière dit la même chose à l'aide-soignante qui répond : « *Oh non !* ». On se rend dans la chambre. Flavia me sourit et me dit : « *il a changé de couleur* ». Elle appuie sur le bouton pour signaler sa présence, puis éteint la seringue. L'infirmière arrive quelques minutes après et lui dit qu'elle va prendre en charge la toilette mortuaire. Flavia me confie qu'elle est surprise de la vitesse. Elle ne manifeste pas d'autres réactions et ne laisse rien paraître, comme toutes les soignantes présentes d'ailleurs. [...] Flavia va prendre les constantes de la chambre 5 comme si de rien n'était. Ça me fait bizarre que le patient parle, comme si j'avais oublié qu'il pouvait être vivant... J'ai des sueurs... Ça me met mal à l'aise que Flavia continue comme si rien ne s'était passé. Elle n'en parle pas du tout. Je ne suis pas bien. Je sors de la chambre pour aller boire un verre d'eau. [...] Elle me dit ensuite qu'il va falloir qu'elle prépare sa seringue et puis rigole : « *ah ben non, je suis bête, c'était pour le patient décédé.* » (Observation, stage pré professionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 9/05/18)

Lors du décès d'un de ses patients, Flavia ne réagit visiblement pas à la situation. Elle ne laisse rien paraître sur le coup. Elle fait preuve comme les autres soignantes présentes de « maîtrise de ses impressions » (Goffman, 1974). Pourtant, cela ne les empêche pas d'être bouleversées par la situation. Un quart d'heure plus tard, Flavia me confie effectivement : « *ça m'a retourné l'estomac* ». Cette réaction n'est pas propre à son inexpérience, car en rentrant dans la salle de soin, l'infirmière qui revient de la toilette mortuaire s'assoit à mes côtés et dit : « *et puis ça, on ne peut pas le laisser au vestiaire. On rentre avec* ». Les multiples témoignages et discussions montrent d'ailleurs qu'aucune étudiante ou professionnelle ne s'avère insensible face à une telle situation. Comme le montre A. Paillet (2007) dans son travail sur un service de réanimation néonatale, la juste distance émotionnelle dont doivent faire preuve les infirmières ne correspond pas à une absence de sentiments, mais plutôt à un « attachement rétractable ». Enrick, ancien éducateur spécialisé, étudiant en deuxième année l'explique en ces termes :

« En fait, j pense qu'il faut toujours faire un pas de côté pour avoir un peu de... Tu vois ? Un pas de côté ouais, pour savoir un peu ce qui se joue, pour analyser. [...] J'ai pas envie de me la pêter, mais j'ai un petit blindage quand même qui... Tu vois, j'ai quand même bossé 15 ans avec des gens hyper en difficulté, du coup euh... J'sais pas, y a un truc qui voilà. [...] J'prends du recul tout ça. Après ça n'empêche que j'peux être aussi vraiment surpris par des situations et puis pas savoir quoi faire et tout ça. Ça concerne vraiment tout professionnel. Après quand on parle de l'impact, c'est est-ce que quand tu rentres chez toi, t'es capable de ne plus trop y penser ? »

(Entretien le 2/01/18 avec Enrick, 1^{re} année, éducateur spécialisé, 38 ans, mère : secrétaire, père : chauffeur)

Le « blindage » dont parle Enrick n'est pas sans rappeler l'idée de « carapace » qu'évoque N. Belorgey (2010). L'expérience et la formation familiarisent les futures infirmières avec un tel positionnement qui suppose de masquer ses émotions et surtout d'être capable de s'en détacher rapidement pour continuer à mener à bien son travail et sa vie personnelle. Elles ont à poursuivre leurs soins auprès des autres patients, comme le fait Flavia. Elles ne peuvent pas se permettre de prendre le temps d'en discuter.

Les situations d'erreurs sont également une occasion d'appréhender de manière exacerbée cette attitude. Les infirmières apprennent à la fois à gérer les éventuelles douleurs causées par de mauvaises manipulations et à ne pas culpabiliser :

11h24 : Lecture de la situation par une étudiante. La situation présente celle d'un étudiant qui a réalisé une injection sous-cutanée d'un antibiotique qui nécessitait au préalable un mélange pour diminuer la douleur. Il devait le diluer avec de la lidocaïne. L'étudiant a piqué sans faire cette démarche sur conseil de l'infirmier qui le suivait ce qui a généré une douleur vive du patient. [...] Christelle [la formatrice] pointe la responsabilité que prennent les infirmières avec ce type d'injection. [...] Une des étudiantes demande si l'étudiant est en erreur. Christelle ne veut pas aller sur ce pendant-là. Elle dit que ça dépend de ce qu'on met sous le mot erreur [...] Elle insiste sur le fait que c'est à l'infirmière d'aller chercher comment va se pratiquer l'acte thérapeutique. [...] Une étudiante dit qu'elle pense que c'est important d'aller expliquer au patient pourquoi il a eu mal. Christelle approuve et fait mention des lois de 2002 qui ont défini les droits du patient, mais précise que ce n'est pas facile à faire. Elle dit ensuite que le plus dur dans ce genre de situation, c'est de « *se mettre à distance* ». Elle les invite à « *ne pas se morfondre* », mais aussi à « *ne pas se concevoir comme des mauvaises infirmières.* »

(Observation cours, Présentation UE 1.3 « Législation, éthique, déontologie », le 26/09/17)

Les formatrices l'explicitent clairement aux étudiantes au sein de leur cours : elles ne doivent pas se sentir coupables et doivent pouvoir se détacher de ce type de situations, à l'instar de ce qui existe dans la profession médicale (Paillet, 2007). Une telle injonction ne sous-entend pas qu'elles ne doivent pas se remettre en question, ni qu'elles ne doivent rien éprouver, mais plutôt qu'elles ne doivent pas se laisser submerger par un tel sentiment de culpabilité. La notion de juste distance prend une nouvelle fois tout son sens.

Plusieurs éléments viennent faciliter l'appropriation de ce positionnement de « distance » aux patients. Tout d'abord, dans les services hospitaliers, ces derniers sont appelés par leur numéro plutôt que par leurs noms et prénoms. Les soignants et soignantes parlent de « la 5 porte », de « la 2 fenêtre », etc. pour les évoquer, ce qui contribue, en plus du port d'uniformes, à la dépersonnalisation des patients. En outre, comme permettent de le constater la situation de décès ou encore les situations de sexualisation de la relation de soin, l'humour joue un rôle déterminant. Les infirmières décompressent par ce biais, et invitent leurs collègues à le faire également comme l'illustre cette situation :

Dans la salle de soin. La discussion porte autour des expériences de mort. [...] Flavia discute avec un interne qui raconte son premier décès. Il explique que l'infirmière qui était avec lui s'était moquée de lui, car il avait pris des précautions pour constater le décès alors que ça se voyait. Il lui dit qu'eux, les infirmiers, n'ont pas à signer pour constater le décès. Il imagine le mauvais diagnostic où le patient se réveille à la morgue et rigole. Une aide-soignante qui fait la toilette mortuaire vient demander s'ils veulent mettre quelque chose sous le talon, car ça suinte. L'infirmière rigole et dit que la patiente transpire, mais que quand elle aura séché, ça ne se verra plus. Tout le monde rigole dans la salle. L'aide-soignante rétorque : « *attendez, je suis encore dans le contexte. Préservez-moi un peu. On rigolera demain.* » Une des infirmières fait remarquer qu'ils en rigolent déjà. [...] L'autre infirmière sort dans le couloir, reentre avec un air d'étonnement et dit : « *c'est bizarre, il y a la 6 qui sonne* ». [La chambre 6 est celle de la deuxième patiente qui vient

de décéder]. Les autres rigolent, quelqu'un lâche : « *c'est une blague de très mauvais goût.* » Je ne trouve pas ça très drôle, mais je rigole et ça me fait du bien, vraiment du bien...

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 9/05/18)

Les situations vécues sont ainsi mises à distance comme le montrent déjà plusieurs travaux (Belorgey, 2010 ; Zolesio, 2009). Outre ce média, on le voit, la solidarité entre soignants et soignantes permet d'affronter ces situations. Samantha me le confie d'ailleurs en entretien, les infirmières et les aides-soignantes font face le plus souvent collectivement aux situations les plus difficiles.

« D'ailleurs, je vois quand je bossais à la maison de retraite, quand on avait des corps à... les corps, c'est nous qui les mettions sur le brancard, puis après on descendait. On y va toujours, euh, très nombreux. C'est rare qu'on le fasse que à un ou deux. Généralement, c'est un peu, c'est un boulot d'équipe quoi. Tu vois. [...] On est toujours trois-quatre parce que des fois c'est lourd en plus. Et puis après, t'es dans la chambre de la personne donc voilà, il y a toute une dimension qui... Puis du coup, c'est quand même un truc euh... Puis je trouve ça bien. »

(Entretien le 8/01/17 avec Samantha 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

Une telle solidarité n'est pas propre aux situations de décès comme l'illustre cet autre extrait d'observation :

Flavia va chercher des gants pour un changement de pansement. Elle commence par défaire le sparadrap, puis enlève la bande. Elle va chercher une serviette. En sortant de la chambre, elle me dit : « *ça pue déjà. Ahhh* ». Elle retourne dans la chambre enlever les bandes comme si de rien n'était. Elle sort jeter le vieux pansement. Elle a un haut-le-cœur. Elle va chercher dans une salle, le matériel nécessaire pour refaire le pansement. Elle me dit que ça pue et qu'elle est dégoûtée. L'infirmière et le médecin sont présents. L'infirmière lui dit de mettre un masque si elle veut. Le médecin commente que le lymphome peut être dégueulasse.

(Observation stage pré professionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 9/05/18)

Loin de moquer les impressions et les réactions de la stagiaire, les professionnels et professionnelles lui donnent des astuces supplémentaires pour supporter la situation quand ils entendent son malaise. Les infirmières mettent en œuvre des stratégies d'évitement qui leur permettent de sortir des situations difficiles : l'humour, les pauses qui laissent du temps pour les échanges (Belorgey, 2010), mais aussi certains outils comme ici le port du masque ainsi que certaines techniques comme l'éloignement des patients. Cette dernière technique est d'ailleurs une stratégie plutôt infirmière comme le confie Samantha :

« Même si infirmière, il y a quand même une pénibilité, je dis pas que c'est cool. Loin de là. Mais bon, je voyais bien mes collègues infirmières, elles, euh, à partir de 18h30, une fois qu'il y a eu tous les traitements qui ont été donnés. Bon après, il y a toujours les pépins hein les médecins qu'il faut appeler parce qu'untel est tombé. Mais après elles font leurs paperasses, elles font leurs petits trucs. Que nous, on est au taquet jusqu'au bout hein. [...] Tu vois, il y a des petits moments où il y a moyen que tu sois dans ta bulle »

(Entretien le 8/01/17 avec Samantha, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

La structure de leur activité professionnelle et les tâches qui leur incombent permettent aux infirmières de s'éloigner des patients plus longuement que les aides-soignantes. Le temps de travail administratif et de préparation des médicaments ou des soins sont autant de moments dont elles disposent pour souffler. Au cours de leur formation, les étudiantes sont initiées à ces techniques de prise de distance qui permettent dans le même temps d'arborer la posture d'empathie contrôlée auprès des patients décrite précédemment.

Ainsi, la juste distance émotionnelle correspond à une collaboration humaine avec les patients et leurs familles qui implique l'adoption d'une posture d'empathie contrôlée par la médiation des outils techniques et par la réflexivité scientifique, mais qui suppose aussi une forme d'attachement rétractable. Une telle posture est largement construite au cours de la formation, transmise au travers d'injonctions et de conseils des formatrices et des professionnelles, mais également acquise par la pratique au cours des stages.

La relation de soin que doivent engager les futures infirmières suppose donc un rapport singulier aux patients et à leurs corps, éloigné du *care* familial par le positionnement qu'adoptent les futures infirmières en tant que pourvoyeuses de *care*. Cette singularité du *care* infirmier ne s'arrête pas là. Nous allons le voir maintenant, l'éthique relationnelle, qui sera nommée comme précédemment « dimension interactionnelle », s'avère également éloignée des représentations du *care* familial et de l'idéalisation philanthropique du travail infirmier.

VIII.2 Le *care* infirmier, un *care* pratique

Les infirmières mettent peu en œuvre des interactions empathiques et désintéressées. Une appréhension qualitative des compétences interactionnelles que les étudiantes mobilisent lors de leur confrontation au terrain et à leur rôle d'infirmière permet de constater que les échanges avec les patients, mais aussi avec leurs proches sont, dans cette activité professionnelle, essentiellement de l'ordre du recueil d'informations et de la transmission de savoirs.

VIII.2.a Des « interactions désintéressées » rationalisées

Les observations en stage montrent que les étudiantes et les infirmières se livrent très peu aux interactions désintéressées. D'ailleurs, cette forme d'interaction se trouve largement tenue à distance par les professionnelles.

Contrairement aux étudiantes qui les apprécient, les infirmières en poste les perçoivent comme une perte de temps comme en témoignent ces extraits d'observation :

Quand Camille revient dans la salle des soignants et soignantes, les infirmières évoquent le patient de la chambre 12, un patient hémiplegique qui a eu un AVC. Elle évoque le fait qu'il « *n'arrête pas de jacter* ».

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 22/11/17)

L'aide-soignante et l'infirmière vont ensuite aider la patiente de la chambre 2 à aller aux toilettes. En sortant, elles commentent : « *quelle pipelette, on s'en sort plus* ».

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 24/11/17)

Les patients qui veulent discuter sont traités de bavards et se voient étiquetés d'expressions à connotations négatives comme « jacter », ou « pipelette ». Les interactions désintéressées sont en partie perçues par les professionnelles comme un obstacle à leur pratique. Parmi elles, celles qui se montrent les plus impliquées auprès des patients sont d'ailleurs mal vues et moquées par leurs collègues (Véga, 2000). Le discours des patients laisse entendre que ce sont les étudiantes qui laissent le plus de place à cette forme d'échanges.

10h29 : Elle retourne voir Madame M. qui appelle et l'aide à aller aux toilettes. Elle lui fait la conversation pendant qu'elle est en train de faire ses besoins. La patiente lui dit : « *ton diplôme tu vas l'avoir facilement.* », « *Si toutes les infirmières étaient comme toi...* »

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 22/12/17)

Une telle comparaison entre les étudiantes et les professionnelles ainsi que la valorisation de cette pratique permet d'entrevoir que les infirmières ne la mettent pas en œuvre.

À l'aune de ces constats, il semble donc que les interactions que mènent les infirmières ne prennent pas cette forme. Une tournée menée en binôme avec une aide-soignante permet de faire ressortir qu'il s'agit là d'une attitude relativement propre aux infirmières.

Elles commencent par la chambre 2. L'aide-soignante propose d'enlever la perfusion de la patiente. Camille regarde comment elle procède. L'infirmière effectue la manipulation sans la commenter. Elle donne ensuite son cachet pour la douleur à la patiente. L'aide-soignante qui est avec elles dans la chambre parle à la patiente. En sortant de la chambre, l'infirmière commente « *Elle est bavarde la dame* ».

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 23/11/17)

L'aide-soignante investit pleinement les interactions désintéressées lors de sa visite dans la chambre et ne reprend pas la posture critique que prend l'infirmière quand elle en sort. Elle n'y montre aucun signe d'adhésion. Ce qui pourrait sembler aux yeux de l'observateur extérieur une absence de mise en œuvre du *care* par les infirmières en poste, permet en fait de souligner toute la spécificité du *care* infirmier (Benelli & Modak, 2010). Les observations des temps que les infirmières en poste et les étudiantes en fin de formation passent auprès du patient confirment que ce dernier est éloigné d'un relationnel désintéressé.

Bien sûr, au cours de nos observations, il est arrivé que des discussions entre étudiantes et patients prennent une forme désintéressée. Samantha lors de son premier stage en gériatrie mène par exemple ce type d'interaction lors d'une toilette auprès d'une de ses patientes. Elles évoquent ensemble la famille de la patiente, mais aussi sa vie ainsi que ses problèmes de santé¹⁹¹. Toutefois, les interactions de cette nature ont essentiellement été observées lors des toilettes ou de la distribution des repas. Comme le souligne A-M. Arborio (1995, 2012) dans son travail sur les aides-soignantes, ces temps relativement longs auprès des patients sont particulièrement propices au « *sentimental work* » (Strauss et al., 1985) et aux interactions affectives, ce que ce que P. Longchamp, K. Toffel, F. Bühlmann et A. Tawkik (2020) nomment le « *relationnel expressif* ». De nombreuses discussions relatives à la vie et au vécu actuel des patients ont été observées pendant ces soins quotidiens. Ces deux autres scènes observées dans des structures de soins différentes en attestent :

Serge met sa patiente dans la douche. Il me signale que c'est sa première douche. Après avoir mis les surchaussures, il déshabille sa patiente puis lui demande comment elle aime l'eau avant de lui faire toucher la température afin qu'elle apprécie si cela lui convient. Serge commence à lui parler d'autre chose, à lui demander comment s'est passé son week-end. Sa patiente ne se souvient plus. [...] 8h04 La douche est terminée. Serge sèche sa patiente. Cette dernière regarde le tatouage qu'il a sur le bras. Il rigole et lui lance : « *curieuse* ».

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 27/11/17)

¹⁹¹ Observation, premier stage de Samantha, hôpital service de gériatrie, le 11/12/17.

10h : Maïna commence donc par la toilette intime. Elle s'adresse à la patiente pour savoir si elle ne souffre pas trop, car elle sent des croûtes au niveau « du siège »¹⁹² [...] La patiente dit avoir un peu mal. Elle continue de parler. Maïna l'écoute puis lui met la crème. [...] 10h30. En sortant, elle me dit qu'elle aime prendre son temps, qu'en tant qu'étudiante, elle a le temps d'entendre leurs petits malheurs.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/12/17)

Comme l'explique Maïna en sortant de la chambre, une telle attitude envers les patients n'est possible qu'en raison de son statut de première année. L'accomplissement des toilettes relève progressivement de l'ordre de l'exception au cours de la formation et les infirmières en poste n'en effectuent quasiment jamais (cf. Chapitre IV). Une telle absence participe à les éloigner des interactions désintéressées. Cette délégation, inhérente à leur travail et au phénomène de délégation des tâches du sale boulot aux aides-soignantes (Arborio, 1995), est aussi imputable à la surcharge de travail et à la pression temporelle que les infirmières ont à gérer (Acker, 2004 ; Belorgey, 2010), les deux étant d'ailleurs intrinsèquement liés. Les troisièmes années qui prennent progressivement en charge la quasi-totalité du service s'y trouvent confrontées comme le laisse entendre Flavia :

« Mais tu peux pas forcément faire ça tout le temps. Là, la dernière fois j'suis restée, j'sais plus. La dame, j'suis restée trois quarts d'heure à l'écouter. Tu vois, c'est quelque chose que tu peux pas faire. Mais j'm'en fous j'avais pris le temps parce que comme j'suis étudiante et qu'on avait un tout petit peu moins de soins. Enfin voilà, j'ai pris le temps de l'écouter un peu plus. Mais c'est rageant parce que tu t'dis que trois quarts d'heure, c'est pas... Ça paraît pas énorme, mais en fait ça nous prend énormément de temps. [...] Bah je sais pas, quand tu discutes avec quelqu'un, bah tu t'dis trois quarts d'heure, bah ça peut paraître pas long quoi [...] Et pourtant c'est hyper long et même trop. Tu vois, c'est un peu con de dire ça : "même trop", mais parce qu'on a clairement pas le temps de... Mais j'trouve ça bête parce que... En fait de plus en plus, on passe moins de temps avec nos patients parce que, on passe notre temps sur les ordinateurs, sur les téléphones. Parce qu'on n'a pas le temps et qu'on doit gérer tout à côté et... Et du coup, bah en gros, bah tu passes moins de temps avec les patients. C'est hyper chiant. »

(Entretien en 01/18 avec Flavia, 3^e année, 24 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

La dimension temporelle et la pression ressenties par Flavia la conduisent à mettre en œuvre des stratégies pour tout de même garder du contact avec les patients :

« Pour cette dame-là, j'avais mis, j'avais fait plusieurs soins, comme ça, ça me permettait de la voir, mais en même temps d'avancer. Mais en même temps d'avancer quand même dans mon tour quoi, c'était bien. Moi c'que j'pouvais faire, parce qu'en fait c'est ça dont elle avait besoin, c'est d'avoir de la présence, mais régulièrement. Même si j'avais pas forcément le temps de rester longtemps, j'lui disais : bah attendez, j'reviens. »

(Entretien en 01/18 avec Flavia, étudiante en 3^e année, 24 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

Elle limite le temps passé à l'« écoute », mais assure une « présence » en retournant régulièrement dans la chambre pour des tâches bien précises : tournées des médicaments ou de

¹⁹² Terme utilisé pour désigner les fesses.

prises de constantes, réalisation d'entretien d'entrée ou de la gestion des sorties, réalisation de soins (cf. Chapitre IV).

Ces temps sont l'occasion de mettre en œuvre une dimension interactionnelle singulière, fortement empreinte d'une culture scientifique et technique.

VIII.2.b L'interrogatoire au cœur des pratiques interactionnelles

Comme le souligne A-M. Arborio (2012), bien que l'aspect relationnel soit considéré par les aides-soignantes comme un aspect du travail dont elles ont le monopole, dans les faits les infirmières aussi le pratiquent, mais sur un mode différent. Le travail qui leur incombe et les conditions actuelles dans lesquelles cette activité professionnelle s'exerce structurent des interactions singulières, éloignées des tâches relationnelles de type domestiques et du « relationnel affectif » que mettent en œuvre les aides-soignantes (Arborio, 2012).

Les tournées des médicaments, de prises de sang, ou de prises de constantes effectuées généralement à la suite des transmissions, sont peu l'occasion de discuter avec les patients en prenant des nouvelles de manière désintéressée.

14h55 : Flavia débute sa tournée. Elle va dans la chambre 1. Elle prend la tension, se présente, demande à la patiente si elle est douloureuse. Elle donne à voix haute sa tension tout en prenant sa température. Avant de quitter la chambre, elle lui demande si elle a tout ce qu'il faut. Elle lui répond qu'elle aimerait de l'eau. Flavia dit qu'elle va voir avec sa collègue si elle a le droit de lui en donner. 15h00. Elle sort de la chambre, prend en note les constantes sur son ordinateur. Elle entre de nouveau dans la chambre pour vérifier le niveau de la sonde. [...]

15h07 : Flavia va voir dans la chambre 2. Elle demande à la patiente comment elle va, puis si elle a des douleurs. Elle semble écouter la patiente, mais se met à regarder avec insistance le corps de la patiente. Elle remarque qu'elle a un pansement, s'approche pour le regarder, puis sort de la chambre pour noter les constantes. 15h15 : Elle va dans la chambre suivante.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 7/05/18)

La nécessité de l'observation, mais surtout celle de la prise de note induisent une concentration qui entravent la disponibilité pour l'écoute des patients. Les échanges entre infirmières et patients s'avèrent très courts. Contrairement aux aides-soignantes (Arborio, 2012), l'infirmière passe moins de cinq minutes « au lit » de ces derniers. Selon cette étudiante de troisième année, l'introduction de l'ordinateur qu'elles ne peuvent faire entrer dans les chambres les prive d'un temps plus long auprès des patients :

« Donc en gros tu prends la tension, tu ressors pour noter quoi. Donc en gros le temps que tu pourrais passer en notant la tension, à discuter avec eux bah tu les passes devant l'ordi. Tu vois par exemple pour noter les tensions, à l'hôpital bah ça a changé, mais avant c'était ça [tu avais des papiers que tu pouvais entrer à l'intérieur de la chambre] donc bah après tu discutais avec le patient : comment ça va ? Comment vous allez ? vous avez bien dormi et tout. Alors que là tu dois faire tout ça vite en prenant ta tension et t'as pas le temps de discuter avec eux [...] C'est un gain de temps dans le sens

où bah ça va plus vite, [...] si t'as besoin de rechercher des informations, bah t'as tout sur le PC donc ça c'est bien, mais en même temps bah tu passes plus de temps sur les ordi et moins de temps dans la chambre du patient. C'est dommage. Quand on fait nos entrées par exemple maintenant, on note tout sur nos ordi, on pré-rentre tout et après quand tu vas voir le patient, t'y vas beaucoup moins longtemps qu'avant. »

(Entretien en 01/18 avec Flavia, 3^e année, 24 ans, mère : secrétaire, père : hôte d'accueil)

En outre, la situation d'observation précédente laisse apparaître que l'étudiante procède à une sorte d'interrogatoire destiné à recueillir des informations relatives à l'état de santé du patient : douleurs, symptômes, état des selles, etc. Le court échange permet en fait aux infirmières de consigner les différents éléments relevés sur l'ordinateur. Ainsi, il apparaît que les interactions entre infirmières et patients prennent essentiellement la forme d'une prise d'informations comme le note A. Paillet dans sa description du travail infirmier dans un service de réanimation néonatal (2007). Les infirmières questionnent les patients en vue de l'obtention d'éléments utiles pour procéder à un recueil de données.

La démarche interactionnelle des infirmières apparaît ainsi très routinisée. Flavia pose les mêmes questions dans chaque chambre. L'observation d'un stage d'une étudiante de première année à l'hôpital montre que ce rituel interactionnel est largement partagé dans les autres services et secteurs de soin.

7h15 : Elles entrent dans une nouvelle chambre. La prise de tension effectuée, Camille reprend les questions que l'infirmière avait posées dans la chambre précédente : « *comment ça va ?* », « *avez-vous des douleurs ?* [...] 7h38 : Plusieurs chambres plus loin, Camille allume et demande à la patiente comment ça va et s'il y a des douleurs. Elle prend la tension puis demande l'échelle des douleurs. Elle pose toujours les mêmes questions dans le même ordre.

(Observation premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 20/11/17)

Ce rituel apparaît largement construit au cours des stages. En effet, Camille apprend à le maîtriser en reprenant par mimétisme les questions que pose l'infirmière qu'elle suit. Elle finit par adopter des questionnements très proches de ceux de Flavia, étudiante en troisième année.

Les échanges des infirmières lors des tournées sont donc loin de ressembler à ceux observés lors des toilettes ou de la prise de repas. Le *care* mis en œuvre à cette occasion se révèle fortement guidé par les démarches administratives que les infirmières doivent remplir et sous-tendu par une logique de culture scientifique. Les infirmières récoltent les données dont les professionnels et professionnelles de santé – dont elles – vont avoir besoin pour effectuer leur diagnostic.

Les autres temps auprès des patients que sont la gestion des entrées et sorties donnent lieu à un usage similaire des interactions. Il s'agit moins de libres conversations que d'entretiens visant à récolter des informations sur eux :

17h35 : Flavia demande au nouveau patient comment il va. [...] Elle s'assoit ensuite face au chariot, devant l'ordinateur. Elle est placée face au lit de la patiente. Elle lui pose plusieurs questions et prend en note les données sur l'ordinateur. Elle lui demande son nom, sa date de naissance, le type de sortie qu'elle envisage, les douleurs éventuelles et leur localisation, le lieu de vie : appartement ou maison avec ou sans ascenseur, les médicaments qu'elle prend au quotidien, elle demande si elle bénéficie d'une aide à la toilette et aux ménages, si elle a une infirmière, si elle prend des médicaments pour dormir, si elle met des protections pour aller aux toilettes, si elle a des prothèses dentaires ou auditives. Elle prend ensuite des informations administratives sur les personnes à prévenir et sur son adresse.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 7/05/18)

Les entretiens d'entrée ne laissent pas non plus de place aux discussions et sont également très formalisés par les documents administratifs que doivent remplir les infirmières : « macrocible d'entrée », « diagramme de surveillance ». Une telle situation interactionnelle n'est pas due à une non-maîtrise de la part de l'étudiante. Bien au contraire, cette troisième année a parfaitement assimilé les attendus de l'entretien d'entrée. L'observation d'une situation similaire avec une première année fait bien ressortir cette exigence de recueil de données.

15h30 : Elles vont voir le nouveau patient de la chambre 12 qui vient d'entrer dans le service après son opération. Elle lui explique que dans ce cas, il faut tout vérifier. L'infirmière commence par lui demander s'il a des douleurs, puis vérifie son identité. Elle explique ensuite à Camille comment remplir le diagramme de surveillance rapprochée qui rapporte l'identité, le médecin qui a opéré, le jour de l'opération, et l'heure. Camille remplit la fiche. L'infirmière prend la tension pendant ce temps-là. Le patient commence une conversation, mais l'infirmière ne lui répond pas. Elle a déjà commencé son entretien. Elle lui demande son lieu de vie, sa situation, son degré d'autonomie, ses médicaments personnels, sa date de naissance. Elle lui demande ensuite s'il sent ses doigts. Elle explique à Camille que la conscience est normale. Elle lui fait ensuite remarquer qu'il a une voie veineuse périphérique et un redon. L'infirmière prend sa température. Camille observe. 15h45 : Fin de « la visite » d'entrée.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 22/11/17)

L'infirmière expose à l'étudiante les différentes démarches à remplir et lui montre comment effectuer un tel entretien. Lors de ce temps d'apprentissage du rituel interactionnel, l'infirmière en poste ne laisse pas la place à la discussion désintéressée que veut lancer le patient. Elle ne prend pas en compte sa parole ce qui laisse entrevoir à Camille qu'elle ne doit pas elle-même le faire quand elle réalise ce type de tâche.

Au regard de ces éléments, il apparaît que la dimension interactionnelle dans cette activité professionnelle prend essentiellement une forme intéressée. Les échanges avec les patients sont pour une large part orientés par le recueil de données.

La dimension interactionnelle de l'activité d'infirmière ne se limite cependant pas à des échanges fonctionnels de ce type, une part importante est également consacrée à la transmission d'informations.

VIII.2.c L'information, une dimension clé des interactions

Informers les patients et leurs proches à propos des soins et du traitement est central notamment afin de les rassurer. Il s'agit d'une autre forme d'interaction principalement empreinte de transmissions d'informations :

15h05 : Flavia va voir une nouvelle chambre. Elle explique à la patiente le traitement mis en place. Sa fille qui est dans la chambre, elle, lui parle de la sortie. Flavia parle de retour à domicile, puis se rend compte qu'il s'agit en fait d'un transfert vers le SSR.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 9/05/18)

Lors des soins techniques de type changement de pansements, ablation d'agrafes, pose de sondes, prise de sang... ou lors des temps auprès des familles, les infirmières mettent en œuvre des interactions de type informatives. Elles sont amenées à expliquer les soins et les traitements aux patients et à leurs familles afin de les mettre dans des conditions optimales pour leur prise en charge. C'est ce que P. Longchamp, K. Toffel, F. Bühlmann et A. Tawkik (2020) nomment « le relationnel instrumental ». Une telle forme d'interaction les place en position de détentrice du savoir. Par rapport aux aides-soignantes et à d'autres travailleurs et travailleuses du *care* plutôt dans l'aide à la personne notamment (Arborio, 1995 ; Depoilly, 2018), les infirmières renseignent sur les traitements et les soins mis en œuvre tout en respectant le monopole médical de la divulgation de certaines informations.

Une telle forme d'interaction est largement cultivée au cours de la formation. Les étudiantes y apprennent progressivement à expliciter leurs actes. Si en première année, l'administration des soins, notamment les plus techniques, se fait le plus souvent dans un silence traduisant la concentration maximale sur la tâche à accomplir, en fin de formation, les étudiantes sont le plus souvent à l'aise et prennent le temps d'expliquer à leurs patients les actions qu'elles sont en train d'effectuer, comme pour ces deux stagiaires en fin de formation :

Flavia prend la tension au pied, car celle qu'elle a prise au bras n'est pas bonne. La patiente a froid. Flavia lui dit qu'elle va voir si elle trouve une couverture supplémentaire, mais que c'est rare. Flavia regarde ensuite la perfusion. Elle décrit à la patiente tout ce qu'elle fait.

(Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 7/05/18)

L'infirmière lui conseille de faire la prise de sang sur la chaise dans la salle de bains. Il fait comme ça. L'infirmière va tenir le patient dans le fauteuil. Alexis explique tout ce qu'il fait au patient.
8h56 : fin de la prise de sang.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alexis, FAM, le 25/05/18)

L'acte technique guide ainsi les interactions ou plutôt, les interactions viennent en support au geste technique. Là encore, le *care* infirmier s'avère fortement empreint de la culture technique.

Cette analyse des temps auprès des patients et de leurs familles, révèle qu'au cours de la formation, les étudiantes se familiarisent avec un type d'interactions de l'ordre du recueil de données et de la transmission d'informations qui est loin de l'idéalisation philanthropique de l'infirmière dépeinte dans l'introduction de cette thèse tout comme de la représentation courante du *care*. Si les contraintes temporelles expliquent en partie la rareté des interactions désintéressées (Acker, 2004; Belorgey, 2010), il apparaît également au regard de ce qui vient d'être montré que la structure même des tâches à accomplir par les infirmières constitue un frein à des échanges de cet ordre. D'ailleurs, les aides-soignantes qui sont soumises aux mêmes contraintes temporelles et structurelles paraissent plus que les infirmières investir ce type d'interactions (Arborio, 1995).

Un tel constat ne signifie pas que toute discussion de cet ordre soit totalement absente de la pratique infirmière. Plusieurs interactions de cette nature ont d'ailleurs pu être observées à certains moments pendant les soins, comme l'attestent ces quelques exemples.

L'infirmière lui répond pendant ce temps elle verse du sérum phy sur la bande et sur la peau de la patiente. Elle place ensuite une compresse tout en parlant à la patiente du réveillon de Noël.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

19h30 : Alison est dans une chambre. Elle va mettre des bas à un patient. Elle discute avec lui pendant qu'elle lui met la première jambe, mais pas après.

(Observation, stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service d'unité de soins continus, le 21/12/17)

Néanmoins ces cas sont minoritaires, et ne constituent pas le cœur de la dimension interactionnelle chez les infirmières. En outre, même dans ces situations les interactions ne prennent pas totalement la forme d'échanges empathiques ou de civilité. Elles engagent fortement une visée thérapeutique.

Dès lors, ce qui prime dans le *care* que doivent apprendre à mettre en œuvre les futures infirmières ce sont des modalités interactionnelles normées, de l'ordre du recueil de données et de l'explicitation des soins ainsi que des interactions essentiellement au service du curatif. Cette déclinaison du *care*, s'avère très distincte de celle mise en œuvre par les travailleurs et travailleuses du secteur social dont la finalité n'est pas thérapeutique (Benelli & Modak, 2010 ; Breviglieri et al., 2003). Elle est aussi éloignée des autres travailleurs et travailleuses du soin. Non seulement, les infirmières ne sont pas essentiellement dans des interactions désintéressées comme les aides-soignantes (Arborio, 1995), mais elles sont également conduites à mobiliser une relation sociale dans laquelle elles sont en position de détentrices du savoir et donc dans laquelle elles occupent une position dominante contrairement à ce qui est inculqué aux élèves

en lycées professionnels SAPAT (Depoilly, 2018) qui doivent apprendre à développer une relation sociale asymétrique à l'égard des patients, mais aussi à intérioriser une disponibilité permanente vis-à-vis d'eux et contrairement aux dispositions d'humilité mobilisée antérieurement par les infirmières (Muel-Dreyfus, 1996). Les dispositions interactionnelles inculquées s'avèrent donc éminemment singulières et éloignées de celles investies par le passé par les infirmières.

VIII.3 L'hygiène, un principe normatif

La troisième partie de ce chapitre va être l'occasion d'entrevoir une autre singularité du *care* des infirmières. L'étude des dispositions associées au prendre soin générées par la formation permet de faire émerger le rôle de l'hygiène¹⁹³ dans le façonnement de soignantes singulières. Si d'autres formations cultivent l'hygiène, la transmission des savoirs associés et la mise en œuvre pratique telles qu'elles se déclinent dans la formation des infirmières participent à produire des dispositions relativement spécifiques. Cette branche de la médecine qui traite de tout ce qu'il convient de faire pour préserver et améliorer la santé se révèle en effet fortement normative dans le sens où elle contribue non seulement à normaliser les pratiques, mais aussi à discipliner les professionnelles et notamment à façonner un certain rapport au corps.

VIII.3.a L'hygiène, un principe essentiel

Dans cette formation, l'hygiène est érigée en élément clé. Elle est présentée aux étudiantes comme un socle régulant leur pratique, à l'instar de ce qu'on retrouve dans d'autres formations et professions du *care* féminisées (Arborio, 2012 ; Skeggs, 2014)

Au sein de l'institut de formation comme en stage, ce principe est présenté aux étudiantes comme essentiel dans l'exercice de leur future activité professionnelle. À l'IFSI, les formatrices insistent sur le fait que ce principe doit être constamment mis en œuvre.

Gwenaëlle [formatrice] leur demande de se rappeler que l'hygiène est présente partout.

(Observation, cours sur l'hygiène des mains, le 20/09/17)

L'infirmière hygiéniste venue donner cet enseignement souligne que la précaution standard en matière d'hygiène est vraiment la « base », le « socle que tout soignant doit connaître ». C'est vraiment « quelque chose d'essentiel ».

(Observation, cours règles d'hygiène fondamentale, le 19/09/17)

Les professionnelles sur le terrain tiennent des propos similaires. Camille, étudiante en première année, se voit rappeler ce point par deux aides-soignantes en chirurgie qui l'accompagnent sur l'apprentissage des toilettes.

Camille intervient pour dire qu'elle trouve que ce n'est pas évident de se souvenir des bons gestes pour la toilette. Les aides-soignantes lui rétorquent que le principal, c'est la sécurité du patient et le respect de l'hygiène. Elle précise que chacun effectue les toilettes différemment.

(Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 24/11/17)

¹⁹³ Selon le CNRTL, l'hygiène correspond à « l'ensemble des procédés et des techniques mis en œuvre pour préserver et améliorer la santé », mais aussi à « l'ensemble des soins de propretés corporelles » mis en œuvre dans cette perspective.

Ces dernières appréhendent ce principe comme l'un des deux éléments les plus importants dans un soin avec le respect de la personne. Plus encore que l'adoption d'une gestuelle donnée, ce qui compte selon ces professionnelles, c'est le respect des règles d'hygiène. L'arrivée de Camille dans un service en psychiatrie le confirme.

L'aide-soignante la met en garde : « *tout est différent ici.* » Elle lui donne l'exemple des toilettes, lui montre la feuille sur l'hygiène à respecter.

(Observations, stage de Camille, psychiatrie, le 28/05/18)

Contrairement à ce qu'on a pu observer à propos de la bienveillance ou de l'empathie, dans le cas de l'hygiène, la prescription ne s'arrête pas à l'évocation du principe. Au contraire, en stage comme à l'IFSI, les étudiantes sont amenées à prendre connaissance des règles concrètes de l'hygiène.

Celles-ci sont explicitement transmises aux étudiantes au cours de leur formation, tantôt sous forme de protocole précis comme ici lors de stages, tantôt dans le cadre d'enseignements dispensés à l'IFSI. Le référentiel de formation prévoit une UE consacrée à cette question au premier semestre du parcours des infirmières afin de « *permet[tre] de donner à l'étudiant[e] les règles d'hygiène nécessaires à son arrivée en stage* ». L'UE 2.10 intitulée « *Infectiologie et hygiène* » vise ainsi à « *identifier les règles d'hygiène utilisées dans les établissements de soins et en argumenter l'usage* ». Dans le cadre de cet enseignement, les professionnelles de formation se doivent, selon le référentiel, de « *relier les connaissances scientifiques sur l'infectiologie aux mesures pratiques d'hygiène dans les soins* ». Une telle précision didactique permet d'entrevoir une différence avec la manière dont ce principe est abordé dans d'autres professions et formations du *care*. En effet, contrairement aux aides-soignantes (Arborio, 2012), les compétences que les futures infirmières doivent apprendre à mettre en œuvre ne sont pas réduites à l'application dans la sphère professionnelle de tâches domestiques. Elles sont au contraire empreintes de connaissances scientifiques.

Les différents enseignements sur le lavage des mains illustrent parfaitement la manière dont les principes d'hygiène sont transmis au sein de cette formation. Dans un premier temps, comme le préconise le référentiel, ils sont liés à la notion de risques d'infection.

Gwenaëlle [formatrice] présente ensuite une étude de 2000 qui a démontré le rôle fondamental de l'hygiène des mains dans la réduction des infections nosocomiales. Elle précise ce que c'est, puis décrit comment se mesure l'hygiène d'un établissement. Elle évoque le taux SARM. Elle souligne que la transmission croisée se fait par les mains et insiste sur le fait que l'hygiène des mains est donc la première précaution standard. Elle explique ensuite que sur leur main, il y a une flore individuelle.

(Observations, cours sur l'hygiène des mains, le 20/09/17)

Un enseignement théorique vient ici expliciter le lien entre réalisation de la « friction » des mains et prévention contre les infections.

Cette transmission des principes d'hygiène au sein de la formation sert une normalisation des pratiques.

VIII.3.b De l'hygiène pour normaliser les pratiques

L'hygiène se révèle en effet être un principe qui dans cette formation et dans cette profession impose une manière de soigner standardisée. Les gestes de soins et les actions conduites par les étudiantes doivent répondre aux règles que pose ce principe pour être reconnu comme des gestes de soins infirmiers convenables.

Comme dans beaucoup de formations qui transmettent des gestes techniques, l'apprentissage passe par la correction de gestes profanes. La reprise de l'exemple de la transmission des règles du lavage de mains suggère à quel point un tel principe impose une pratique formalisée. À l'exposition théorique des risques succède une présentation de la gestuelle professionnelle spécifique conçue pour éviter la survenue des risques énoncés en amont que le document ci-dessous résume :

Archives 2 : Document présentant les étapes d'un lavage de main selon la technique présentée en IFSI



Le geste technique est découpé en sous-unités gestuelles. Des précisions sont données étape par étape et la durée totale de la manipulation est définie. Les étudiantes apprennent à investir cette pratique normalisée dans le cadre des travaux pratiques ou en stage. Les enseignements abordant le nettoyage de surface permettent de voir à quel point cette standardisation des gestes professionnels à partir des critères d'hygiène est étendue.

Christelle [formatrice] mime le nettoyage de la paillasse en donnant à voir dans un premier temps ce qu'il ne faut pas faire (« Le Z de Zorro ») qui, elle l'explique transporte la saleté avec la lingette et passe à côté du nettoyage des bords de la table. Elle présente ensuite le geste technique de nettoyage de la table.

(Observation, TP Perfusion, le 31/03/17)

Elle va vers le lavabo qui est à gauche. Elle mime le geste de désinfection. Elle leur demande où est le risque infectieux. Quelqu'un parle des poignées et quelqu'un d'autre parle du bord. Elle souligne que c'est l'arrivée d'eau. Elle montre que la chiffonnette a 8 faces propres. Elle commence par l'arrivée d'eau, puis mime le geste de nettoyage qui va « *du plus propre au plus sale.* »

(Observation, soins de confort, soins d'hygiène, le 27/09/17)

Ces différents enseignements relatifs à l'hygiène sont l'occasion de faire émerger les grands principes qui façonnent la forme des gestes professionnels. Les étudiantes apprennent qu'il ne faut pas mettre en contact le « propre » et le « sale » et que leurs gestes de nettoyage doivent toujours aller du premier vers le second sans jamais revenir en arrière ou survoler une surface « propre » avec du « sale ».

Cependant, contrairement aux aides-soignantes (Arborio, 1995, 2012), les principes d'hygiène transmis aux futures infirmières ne se limitent pas aux tâches domestiques ni à des tâches exécutées « pour le malade », comme la réfection des lits, le rangement et le nettoyage des objets personnels. De telles règles contribuent à réguler tous les gestes sur et autour du soin des patients comme la manipulation des instruments, la préparation des soins ou le nettoyage des plaies.

Gwladys [formatrice] commente ce que fait une des étudiantes. Elle lui suggère de ne pas croiser ses bras [...] Christelle [formatrice] s'attarde ensuite sur ce que fait Louise. Elle valorise son geste, car Louise a bien pris ses distances avec la poubelle. Elle précise que cela évite qu'elle soit en contact avec du « sale » [...] Laurence montre à une autre étudiante une technique pour mettre son emballage en dessous grâce à son avant-bras afin de ne pas contaminer ses mains en touchant une partie non stérile.

(Observation, TP Perfusion, le 31/03/17)

Dans ce TP, les formatrices reprennent des gestes « inappropriés » au regard des normes d'hygiène. Elles valorisent à l'inverse, les gestes qui tiennent compte de ces normes comme l'éloignement de la poubelle. De la même manière, lors de ce stage, l'infirmière montre à l'étudiante qui nettoie une plaie comment ne pas repasser plusieurs fois au même endroit.

Au moment de se lancer, Maïna pose une question sur comment effectuer la désinfection. Elle suggère qu'il ne faut pas repasser là où on a déjà fait. Claire [infirmière] lui répond et lui montre comment faire. Elle effectue un geste en Z. Elle lui montre et la laisse faire. Une aide-soignante entre.

(Observation, premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

Elle l'incite à effectuer un mouvement en Z descendant. C'est donc bien l'ensemble des gestes professionnels que mettent en œuvre les infirmières qui sont ainsi soumis au respect des normes d'hygiène.

Chaque geste est d'ailleurs évalué à partir de ce critère. L'apprentissage du lavage des mains illustre parfaitement ce point. L'efficacité du nettoyage effectué est observée lors de l'un des TP à l'aide d'une « boîte à coucou » qui permet de mettre en évidence les bactéries restant sur les mains des étudiantes après que ces dernières aient réalisé une friction. Une telle démarche permet de vérifier la bonne efficacité du geste effectué en termes d'élimination des bactéries, donc au regard des critères posés par les principes d'hygiène. Le respect des règles d'hygiène fait explicitement partie de la grille de critères d'évaluation de ce soin, comme des autres d'ailleurs :

Gwladys [formatrice] passe donc voir le référentiel de Romain. Elle lui demande de regarder le référentiel de l'hygiène. Il lui fait comprendre qu'il pense que ça va sur ce point, mais Gwladys n'est pas d'accord.

(Observation, TP Perfusion, le 31/03/17)

Dans la grille d'autoévaluation que les étudiantes doivent remplir et faire valider à l'issue de chaque TP, un critère est explicitement consacré à ce point. Un tel processus incite les étudiantes à intégrer pleinement ce principe et à régler leurs pratiques sur les normes d'hygiène. Même si ces gestes ne sont pas dans l'exercice des fonctions tout le temps et par toutes intégralement respectés, ces principes servent de référence et de critères de jugements des pratiques professionnelles (Arborio, 2012). Comme l'explique cette formatrice aux étudiantes et comme nous l'avons vu (cf. Chapitre VII), dans le cadre de ces enseignements les étudiantes apprennent en formation à réaliser ce qu'elles nomment les « bonnes pratiques », c'est-à-dire les gestes professionnels qui respectent les règles d'asepsie et de « circuits propre et sale », garantissant ainsi la sécurité sanitaire des patients.

« Ici, on vous donne le repérage de ce qui est à risque et dangereux et tout ce qui est "bonne pratique". Après c'est l'alternance, c'est en stage que vous allez apprendre. Vous savez ce qui n'est pas à faire. [...] Vous avez les prérogatives pour bien travailler et bien vous installer. Après, après... [...]. Au bout du compte, nous on vous dit l'idéal, c'est ça. C'est vous après, c'est à quel niveau vous vous regardez dans une glace et vous êtes contents de vos soins. [...] Vous ferez bien ce que vous voulez, mais le jour où une lettre tombera ça vous fera drôle. Après c'est ça. Moi, je ne peux pas... Moi je suis sûre que bien travailler ne prend pas plus de temps. Vous sortez, vous êtes calme. » Christelle [formatrice] rappelle qu'il faut au moins faire un SHA (lavage de main par solution hydroalcoolique) en entrant et sortant de la chambre du patient. *« Il ne faut pas penser : "si c'était moi dans le lit", ça ne marche pas. Regardez les "bonnes pratiques". »*

(Propos tenus par Gwenaëlle, formatrice à l'IFSI, TP Perfusion, le 31/03/17)

La formatrice met ici en avant les risques de réclamation des patients en cas de non-respect. L'hygiène est bien un principe normalisateur des pratiques de soin des infirmières. Non seulement elle impose une structure aux gestes professionnels, mais c'est à travers elle que l'ensemble de ces gestes sont évalués.

Les principes d'hygiènes inculqués dans cette formation ne se réduisent pas à des prescriptions liées à la gestuelle, ils impactent également la présentation de soi.

VIII.3.c Le façonnement d'un corps neutre

L'analyse du contenu de l'UE consacrée à l'hygiène permet en effet de se rendre compte qu'à travers l'hygiène ce qui est transmis aux étudiantes, ce sont finalement des règles relatives à l'apparence corporelle.

Le référentiel précise explicitement que l'enseignement doit aborder « l'hygiène des mains », mais aussi « l'habillement professionnel ». Loin d'être anecdotiques, ces éléments relatifs à la présentation de soi sont étroitement transmis et surveillés au cours de la formation. Les travaux pratiques et les stages sont des lieux privilégiés d'un tel apprentissage. Les étudiantes y sont invitées à revêtir leur uniforme, mais aussi à respecter certaines règles d'apparence : cheveux attachés, bijoux proscrits, ongles courts, comme le rappelle cette infirmière hygiéniste¹⁹⁴ lors d'un cours théorique.

L'infirmière hygiéniste revient sur les préalables à l'hygiène. Elle rappelle que les bijoux (y compris l'alliance), l'absence de vernis, les ongles courts sont la première règle.

(Observation, cours règles d'hygiène fondamentale, le 19.09.17)

Le TP qui suit cet enseignement est l'occasion d'appliquer ces règles :

Avant qu'Hugo [le formateur] n'arrive, ils s'attachent les cheveux. Clotilde, une étudiante, souligne que c'est un sacrilège de s'attacher les cheveux. Lou coupe un bracelet de festival pendant qu'Enrick enlève sa bague.

Le formateur entre dans la salle. Il leur demande de se découvrir les avant-bras. Clotilde dit qu'il fait froid. Il lui répond : « *bienvenue dans la dure réalité de la vie dans laquelle vous allez travailler.* » Il souligne qu'ils sont dans une formation pour adulte et insiste sur le fait que sa remarque donne une mauvaise image d'elle. « *Il va falloir apprendre à se contrôler.* »

Il demande ensuite si leurs ongles sont bons. Samantha souligne qu'elle a passé le week-end dessus. Il regarde et lui fait remarquer qu'ils sont trop longs, car ils dépassent de la pulpe. Il souligne que c'est difficile de « *gérer les impératifs de la profession et la coquetterie* » et que si certains se rongent les ongles, il faudra qu'ils fassent attention aux petites blessures.

(Observation, TP Hygiène des mains, 20/09/17)

De telles prescriptions d'apparence favorisent le façonnement du corps (Guillaumin, 1992). Les futures infirmières apprennent à arborer des corps asexués, mais aussi dépersonnalisés et anonymes (Piret, 2004). Ces prescriptions conduisent en effet les étudiantes comme Lou à se défaire de signes tels que le bracelet du festival « Les vieilles charrues » qui rendent visibles de manière ostentatoire leurs goûts personnels.

En outre, les uniformes qu'elles doivent revêtir prennent la forme d'un pantalon et d'une

¹⁹⁴ L'infirmière hygiéniste ou infirmière en hygiène hospitalière est une infirmière ayant des compétences et des savoirs spécifiques en matière de risques infectieux. Contrairement aux infirmières de bloc opératoire, aux infirmières anesthésistes ou aux infirmières puéricultrices, ces professionnelles n'ont pas de statut spécifique, mais elles ont suivi pour certaines des diplômes universitaires comme le DU en infections nosocomiales.

tunique large qui participent à gommer leurs formes, contrairement aux médecins qui sont en tenue de ville sous leur blouse.

À cela s'ajoute la proscription du vernis, mais aussi l'interdiction des bijoux ainsi que l'attachement des cheveux qui participent aussi à dépouiller les étudiantes des signes et d'attributs associés à une image du corps féminin sexualisé.

Contrairement au façonnement des corps des serveuses, le corps des infirmières doit donc être masqué (Mathieu, 2019) dans l'exercice de ces fonctions professionnelles. Les étudiantes doivent apprendre à faire preuve de pudeur esthétique au travail, mais aussi d'inhibition de leur corps. Elles ont à arborer un corps « neutre » et « lisse » à l'instar des secrétaires de direction étudiée par J. Pinto (1987). Comme l'explique ce formateur, il est difficile de « *gérer les impératifs de la profession et de la coquetterie* ». Néanmoins contrairement aux secrétaires, elles ne sont pas invitées à maintenir des marques de féminité tels le parfum ou le maquillage. Les étudiantes qui sont surtout des femmes sont ainsi amenées à s'éloigner du modèle traditionnel de la féminité (Cogérino & Mansey, 2010 ; Löwy, 2006 ; Quemener, 2016) et surtout d'un corps glamour et sexualisé.

Flavia qui est en train de se limer les ongles fait un aparté « *et dire qu'il va falloir se les couper* ». Emma lui répond « *Fini d'être sexy ! [silence] Jusqu'au bout des ongles* ». Je leur fais remarquer que pourtant la tenue des infirmières a souvent provoqué des fantasmes. Véronique commente : « *c'est parce qu'ils n'ont pas vu les nôtres !* »

(Travail de groupe, deuxièmes années, le 9/03/17)

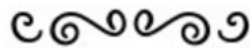
Cette discussion informelle avec des deuxièmes années permet de voir que les étudiantes le vivent d'ailleurs dans ce sens.

Cette mise à distance de l'idéal corporel associé à la féminité et à la sexualisation du corps des femmes ne signifie pas pour autant qu'elles doivent se dé-genrer ou qu'elles sont invitées à adopter les standards masculins dans le cadre de la relation de soin. Nous l'avons vu précédemment, leur gestuelle et leur attitude doivent être empreintes de douceur, de finesse, etc. des attributs étroitement associés à la féminité (Cogérino & Mansey, 2010). À travers les règles d'hygiène, ce qui se joue ici c'est plutôt l'adoption d'une « féminité modérée » (Mardon, 2010). Une telle prescription de la part de l'institution peut être lue comme un moyen de détourner et de prévenir les étudiantes contre le stigmate de l'hypersexualisation qui est souvent associé à leur future activité professionnelle (Giami et al., 2013).

Même si les étudiantes résistent en partie à ces prescriptions, grâce à des stratégies de contournement comme Flavia qui dans le cadre de son stage de troisième année porte du vernis

transparent¹⁹⁵, il s'avère que cette norme du corps « neutre » et de « cette féminité modérée » n'est finalement pas entravée. Les signes visibles de sexualisation que les étudiantes manifestent quand elles endossent leur rôle professionnel demeurent discrets.

L'étude de la transmission des règles d'hygiène permet donc de voir comment ce principe façonne finalement les pratiques des futures infirmières en normalisant leurs gestes de soin et en cadrant les normes de présentation de soi des soignantes qu'elles sont.



L'analyse de ce que contiennent les injonctions et les pratiques attachées à la transmission de savoirs liées au *care* révèle la déclinaison singulière que prend la pratique de soin pour ces futures professionnelles au regard d'autres formations et emplois féminisés (Arborio, 1995 ; Avril, 2014 ; Depoilly, 2018 ; M. Mathieu, 2019 ; Skeggs, 2014).

Comme d'autres travailleurs et travailleuses du *care* (Benelli & Modak, 2010), les futures infirmières apprennent actuellement à investir un *care* qui ne correspond pas au *care* familial. Il ne se résume plus, comme par le passé, en une transposition au sein de cette activité professionnelle du rôle traditionnellement attribué aux femmes dans la sphère privée (Chauvenet, 1974 ; Knibiehler, 1984 ; Muel-Dreyfus, 1996).

Contrairement au *care* des travailleurs et travailleuses du secteur social cependant (Breviglieri et al., 2003 ; Weller, 2002), celles qui vont devenir infirmières apprennent à développer une relation à finalité thérapeutique et empreinte de distance tant sur le plan émotionnel que corporel. Comme d'autres soignants et soignantes (Causse, 2008 ; Delourme, 1997 ; Durif-Varembont, 2003), elles sont dans la « juste distance » : elles procèdent à une dépersonnalisation des patients et à une déssexualisation de la relation de soins. Néanmoins, la « juste distance » des infirmières ne correspond pas exactement à celle des médecins ou des aides-soignantes. Le rapport aux patients s'est révélé spécifique.

D'une part, les infirmières investissent un rapport au corps médié par les supports techniques. Elles sont dans un contact indirect aux patients, à l'inverse des aides-soignantes (Arborio, 2012). Cependant, la mise à distance opérée est moins radicale que celle des

¹⁹⁵ Observation, stage préprofessionnel de Flavia, hôpital service de médecine polyvalente, le 7/05/18

médecins. Les gestes professionnels sont par ailleurs normés et cadrés par les normes d'hygiène.

D'autre part, sur le plan émotionnel, l'empathie mise en œuvre est « contrôlée ». Le *care* infirmier doit prendre la forme d'un accompagnement personnalisé et non jugeant. Les infirmières endossent une posture ouverte et disponible, sans pour autant entrer dans une relation affective, contrairement aux maïeuticiens et maïeuticiennes (Olivier, 2018). Elles ont à mobiliser une forme d'« attachement rétractable » (Paillet, 2007).

En outre, le *care* infirmier s'est révélé être un « *care* pratique ». Les interactions à mettre en œuvre sont moins souvent expressives qu'intéressées ou informatives. Les échanges verbaux sont cadrés par le recueil de données scientifiques et médiés par des supports techniques. Contrairement aux aides-soignantes, il s'agit d'être à la fois dans un « *care* instrumental » (Toffel, 2018) et dans un *care* scientifique plus que dans un *care* désintéressé.

Enfin, les infirmières ont à investir une « féminité modérée » pour reprendre l'expression de A. Mardon (2010) : éloignée de l'idéal corporel associé à la féminité et à la sexualisation du corps des femmes, mais caractérisé par une gestuelle et une attitude empreinte de douceur, de finesse.

De tels résultats viennent confirmer l'existence de différentes déclinaisons du *care* et permettent de montrer toute la valeur heuristique d'une analyse précise des formes de *care*. L'hétérogénéité qui peut exister au sein de la mise en œuvre d'une posture de soin peut par ce biais être révélée, permettant ainsi de faire ressortir la diversité des manières d'être travailleurs et les travailleuses du *care*. En outre, cela offre l'occasion de dépasser l'association des femmes au prendre soin d'une part et des hommes au travail technique et scientifique d'autre part. L'analyse du travail des infirmières révèle en effet que cette activité professionnelle ne se résume pas à une continuité du rôle et des valeurs associées aux femmes dans la sphère privée, et montre comment cette activité professionnelle est empreinte des cultures scientifique et technique. Nous l'avons vu tout au long de ce chapitre, le *care* infirmier est éminemment technique et scientifique.

Chapitre IX

Le façonnement d'un « style de féminité »

Afin de montrer que l'ensemble de la transmission des savoirs en œuvre dans cette formation façonne en arrière-plan un « style de féminité » singulier (Avril, 2014), nous allons revenir sur le rapport au travail et à la sphère domestique cultivé par cette institution, mais aussi approfondir notre analyse du rapport au corps qui s'y construit. L'étude de ces différents éléments permettra de caractériser la féminité façonnée par cette institution d'enseignement (Avril, 2014 ; Bourdieu, 1998 ; Louveau, 2004). La norme cultivée dans cette formation est celle d'un équilibre entre dévouement au travail et endossement d'un rôle domestique traditionnel (I). Ce modèle singulier d'articulation travail-famille s'accompagne de la transmission d'un rapport au corps et à la présentation de soi singulier, entre endurance et soin, neutralité vestimentaire et accessoires féminin (II) L'ensemble de ce style de féminité produit et de ce rapport au *care* singulier cultivé façonne des dispositions au tiraillement qui constitue un élément consubstantiel à la socialisation des infirmières (III). Nous le verrons tout au long de l'analyse, loin d'être construit *ex nihilo* au sein de la formation, l'ensemble de ces dispositions s'avère étroitement lié à celles que les étudiantes qui y entrent ont déjà développées en amont, suggérant ainsi que la socialisation genrée dispensée dans ce cursus est davantage source de « transformation » que de « conversion » puisqu'elle n'entraîne pas de remise en cause ou de bouleversements majeurs (Darmon, 2006).

L'étude des injonctions et de la transmission des savoirs faites par l'institution contribue à montrer que la féminité cultivée dans cette formation s'avère socialement située et qu'elle ne correspond pas à celle des femmes de classes populaires (Avril, 2014 ; Skeggs, 2014) ni à celle des employés ou des ouvrières (Arborio, 2012 ; Mathieu, 2019 ; Meuret-Campfort, 2018), pas plus qu'à celle de cadres (Boltanski, 1971). Ce chapitre contribue ainsi à remettre en cause l'existence d'une identité féminine unique (Clair, 2012 ; Kergoat, 1982) et incite à penser la diversité des manières d'être femme à la suite de divers travaux récents (Depoilly, 2018 ; Lemarchant, 2017 ; Skeggs, 2014).

Cette analyse vient approfondir notre connaissance de « l'espace social du genre » (Beaubatie, 2020, 2021) et documenter l'hétérogénéité et les nuances de la catégorie de « femmes » (Avril, 2014 ; Beaubatie, 2021 ; Dunezat, 2015 ; P. Kergoat, 2007). En partant de l'expérience de ces étudiantes qui vont occuper par la suite un poste appartenant aux classes moyennes salariées, il s'agit de compléter la connaissance de ce groupe de sexe qui est le plus souvent étudié dans ses positions extrêmes, par l'étude des femmes des classes populaires (Avril, 2014 ; Boltanski, 1971 ; Skeggs, 2014) ou des classes « moyennes supérieures » (Boltanski, 1971 ; Garcia, 2011 ; Geers, 2020). Ce chapitre offre ainsi l'occasion d'appréhender et de rendre compte des spécificités des manières d'être de ces femmes de classes moyennes travaillant dans le secteur du soin, mais aussi de voir comment la socialisation genrée est étroitement imbriquée avec une socialisation de classe. Dans la lignée de recherches portant sur le rôle de l'institution scolaire dans la fabrication du genre (De Boissieu, 2007 ; Felouzis, 1993 ; Marro, 1995 ; Mosconi, 2001 ; Skeggs, 2014), cette analyse met donc en évidence la (re)production d'une socialisation genrée socialement située au sein d'un cursus féminisé.

IX.1 Entre rôle domestique et dévouement au travail : un équilibre à tenir

Pour saisir toute la singularité de la féminité constituée, la première partie explore le rapport à l'emploi et à la sphère domestique que les étudiantes en soins infirmiers apprennent à entretenir. L'histoire et la sociologie du travail des femmes ont dès l'origine étudié l'articulation travail/famille pour saisir l'expérience des femmes (Clair, 2012). Si l'activité féminine est devenue une norme (Bereni et al., 2012 ; Borzeix & Maruani, 1982 ; Daune-Richard, 2003 ; Maruani, 2011), la question du « cumul » entre activité salariée et travail domestique demeure socialement clivante (Avril, 2014 ; Meuret-Campfort, 2018). L'étude de celle-ci offre donc un point d'entrée privilégié pour saisir les éventuelles spécificités de la socialisation genrée produite.

Après avoir montré que cette activité professionnelle suppose un fort investissement, nous monterons que, contrairement à ce qui se passe pour d'autres catégories de femmes, le dévouement au rôle professionnel doit se faire dans un mouvement concomitant à l'investissement dans un rôle domestique traditionnel.

IX.1.a Des femmes dévouées à leur travail

Loin de l'idéal traditionnel de la femme au foyer (Kergoat, 2000), cette formation cultive chez ses étudiantes un fort investissement dans le travail productif.

La mesure de cet investissement a été effectuée à partir d'indicateurs inspirés des travaux de L. Ouellet (Ouellet, 1994 ; Siblot et al., 2015) comme la nature des savoir-faire mobilisés dans le travail, le goût affiché pour des tâches spécialisées, la tendance des travailleuses à compter ou non leurs heures, mais aussi à partir des sujets de conversations.

Comme nous l'avons identifié dans les deux précédentes parties de cette thèse, la nature même du travail que les futures infirmières ont à réaliser suppose la mobilisation de dispositions spécialisées. À l'issue de leur cursus, les étudiantes de troisième année sont plus d'un tiers à manifester des goûts pour des savoirs spécifiques. Elles sont 39,2 % à déclarer aimer particulièrement les sciences médicales, et près d'un tiers (29,9 %) à apprécier particulièrement les sciences humaines et sociales. Elles sont également une proportion similaire (33,3 %) à manifester un goût pour les soins techniques¹⁹⁶, goût que plusieurs étudiantes se plaisent à évoquer lors de discussions informelles :

¹⁹⁶ Chiffres issus de la passation des questionnaires aux 288 troisième années.

Camille effectue la prise de sang. Une fois terminée [...], elle me précise que pour enlever la prise de sang il faut bien tenir. Elle sourit, elle est contente.

(Observation, stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 21/11/17)

« *Moi j' préfère aussi les soins techniques, enfin les soins techniques au sens de... pas hygiène... médicaux.* »

(Entretien le 23/01/17 avec Mandy, 1^{re} année, 21 ans, mère : aide-soignante, père : aide-soignant)

Giuliana raconte qu'elle a assisté à une ponction effectuée dans le sternum par un médecin. Elle nous décrit le geste en détail avec jubilation. Elle donne des précisions à Justine sur le matériel utilisé tout en prenant soin de m'expliquer. Elle mime les gestes. Elle manifeste une certaine admiration : « *C'était trop beau !* » Elle précise à un moment que le patient devait avoir mal. Elle nous dit que c'est l'interne qui est venue la chercher pour ce geste et qu'elle était trop contente d'y assister. Justine prend la parole pour dire, qu'elle, quand elle était en stage, il y avait eu un geste technique qui aboutissait à l'obtention d'une grande « *quantité de sang mélangé à de l'urine* » et qu'elle a été « *dégoutée* » qu'on ne l'appelle pas pour voir ça.

(Discussion informelle le 8/04/17 avec deux étudiantes de deuxièmes années, Giuliana, 22 ans, mère : assistante familiale, père : ouvrier agricole et Justine, 21 ans, mère : agent d'accueil sécurité, père : contrôleur peinture)

Ces différentes données sont autant d'éléments qui attestent que les étudiantes apprécient les dimensions de leur travail qui sortent des tâches *a priori* liées à des savoir-faire féminins et qui sont éloignées des activités qu'elles ont à effectuer dans la vie quotidienne. Comme les routiers et les routières (Ouellet, 1994), leur investissement dans leur travail passe par un goût pour les dispositions spécialisées que nécessite leur activité professionnelle.

D'ailleurs, à l'instar de ces derniers, les conversations que les infirmières et futures infirmières ont au sein de l'espace professionnel tournent essentiellement autour de leur fonction. Elles portent pour une large part sur les patients et les situations de soins. Infirmières et étudiantes évoquent ainsi peu leur sphère privée et restent principalement focalisées sur leur domaine de travail :

Repas en réanimation. Les professionnelles (aides-soignantes et infirmières) des deux secteurs mangent ensemble. Les discussions tournent autour d'un des patients.

(Observation stage préprofessionnel d'Alison, hôpital service unité de surveillance continue, le 11/06/18)

Pendant qu'ils mangent, ils discutent des patients dont ils ont marre, des pansements sales, des déjections. Une infirmière me demande si je supporte et m'explique qu'elles sont habituées.

(Observation premier stage de Serge, SSR, le 27/11/17)

Lors des temps de repas, comme ici, les professionnelles s'amuse souvent à évoquer et à montrer des photos des plaies des patients les plus impressionnantes et/ou improbables qu'elles ont rencontrées. Plusieurs professionnelles ou étudiantes avancées dans la formation me font part, comme ici, de la fréquence de ce type de discussions et m'expliquent qu'elles y sont maintenant habituées. L'observation permet de voir que ces dernières sont d'ailleurs

nombreuses à avoir de telles photos sur leur téléphone, ce qui constitue un indice supplémentaire de leur intérêt et de leur investissement pour leur rôle de soignantes.

De telles observations ne signifient bien sûr pas que des discussions d'un autre type n'aient jamais lieu. Quelques conversations entendues lors de l'enquête portaient sur la sphère familiale, cependant le plus souvent de telles discussions entretiennent aussi un lien avec le rôle d'infirmière. Cette discussion entre Maïna et une infirmière qui la suit en stage est assez symptomatique de ce comportement :

12h00 : Retour dans la salle de soins avec Marie-Charlotte [infirmière]. Discussion avec elle autour de l'abcès du copain de Maïna. Marie-Charlotte lui montre à quoi cela lui fait penser. Elle nous montre des photos sur l'ordinateur et explique que c'est très douloureux, car ça se soigne après une intervention avec des mèches.

(Observation premier stage de Maïna, EHPAD, le 22/12/17)

Maïna aborde la question de sa sphère privée en contexte professionnel en évoquant son conjoint par son état de santé. Ainsi, les infirmières et futures infirmières apparaissent investies dans les questions de santé et de soin jusque dans leurs discussions informelles.

De plus, d'autres éléments suggèrent que cette implication dans le travail déborde sur le temps personnel. Les infirmières et futures infirmières sont invitées à ne pas compter leurs heures (*cf.* Chapitre I et Chapitre V). Que ce soit en stage ou à l'IFSI, l'emploi du temps est relativement fluctuant et une disponibilité temporelle extensive est attendue. Les étudiantes doivent s'adapter régulièrement aux horaires imposés. De nombreuses soignantes expliquent à leurs stagiaires qu'elles vont être souvent conduites à se rendre disponibles sur leur temps de repos¹⁹⁷. Les étudiantes apprennent ainsi que l'empiètement sur la sphère familiale est aussi une norme de leur future activité professionnelle.

Les bases de ce dévouement au travail se construisent en amont de la formation. Les étudiantes entrant dans ce cursus sont 45,3 % à déclarer aimer la technique, elles sont également un tiers (29,9 %) à afficher un goût pour les sciences médicales et 15,5 % à déclarer apprécier les sciences humaines et sociales. Une part non négligeable d'entre elles apprécient déjà ce type de savoirs spécialisés.

En outre, elles sont une large majorité, plus de 70 %, à affirmer que les dépassements d'horaires ne les dérangent pas, et ce dès leur entrée dans le cursus. Plus d'une sur cinq citent l'épanouissement dans le travail est l'une de leurs priorités dans la vie¹⁹⁸, il s'agit de la troisième

¹⁹⁷ Observation, premier stage de Camille, hôpital service de chirurgie, le 23/11/17.

¹⁹⁸ Les chiffres de ce paragraphe sont issus de la passation des questionnaires à un ensemble de 373 étudiants et étudiantes de première année interrogés au cours du premier trimestre, un calendrier qui permet de limiter les effets de la socialisation institutionnelle.

priorité la plus fréquemment citée. Les étudiantes en soins infirmiers entrant dans la formation font passer l'épanouissement dans leur travail légèrement devant la vie de famille : elles sont 45 % à choisir l'épanouissement dans le travail contre 41 % à évoquer la vie de famille parmi leurs deux priorités dans la vie.

Les données recueillies ne permettent pas de conclure quant à l'impact de l'origine sociale sur ces goûts et ces positionnements. Les croisements de variables entre l'origine sociale du père, de la mère, du ménage avec les préférences affichées, les priorités dans la vie et la position sur le dépassement d'horaire sont non significatives d'après le test du khi 2.

Cependant, l'enquête de terrain permet de montrer que ce comportement est cependant également en partie façonné dans la formation des infirmières. Comme nous l'avons vu précédemment, la passation des questionnaires révèle en premier lieu que les étudiantes en fin de formation apprécient plus les savoirs scientifiques que les étudiantes au début de leur cursus¹⁹⁹ (cf. Chapitre II, p. 181) : plus 9,7 points en ce qui concerne les sciences médicales et plus 14,4 points pour les sciences humaines et sociales. Si elles sont moins nombreuses à afficher un goût pour la technique en fin de formation (moins 12 points), elles sont peu nombreuses à déclarer avoir cultivé une aversion pour ce type de savoirs (plus 4,8 points). L'ensemble de ces résultats suggère donc que le cursus entretient l'attrait pour les savoirs spécialisés et renforce les affinités pour les savoirs scientifiques.

Par ailleurs, les observations révèlent que les futures infirmières, qui assistent régulièrement à des conversations relatives au travail lors de leur stage, apprennent à investir et à adopter par imitation de l'ambiance observée ce type de comportements qui portent la trace d'une « passion » pour le soin.

Enfin, les discussions avec les étudiantes laissent apparaître qu'une telle posture est également construite indirectement par l'usage détourné de certains espaces de parole au sein de la formation. L'expérience négative de certains stagiaires ayant vu certaines discussions liées à leur situation personnelle se retourner contre eux participe à pousser les autres à ne pas parler de ce sujet.

« Yan il disait : ils utilisent tout ce que tu leur dis dans les TAE, même sur l'aspect perso et tout. Pfff. Ils te renvoient tout. Alors moi, je leur dis plus rien. Ma vie perso, je leur dis rien du tout quoi parce que sinon, j'ai peur qu'ils utilisent ça contre moi après si j'ai un souci. »

(Entretien le 8/07/19 avec Enrick, 2^e année, éducateur spécialisé, 39 ans,
mère : secrétaire, père : chauffeur)

¹⁹⁹ Le croisement de variables, significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 permet de révéler des différences probantes.

La subversion de l'usage des données confiées aux formatrices qui les accompagnent façonne une tendance à tenir la sphère domestique à l'écart du milieu professionnel. Ce fonctionnement pousse les étudiantes à se concentrer sur le travail quand elles sont dans le monde professionnel.

Les étudiantes en soins infirmiers développent ainsi une disposition à s'immerger dans leur travail en tenant les distractions et préoccupations extérieures à l'écart. La norme dans cette activité professionnelle est de ne pas se détourner de la tâche à effectuer sur le temps de travail.

Un tel rapport au travail éloigne les étudiantes infirmières d'un style de féminité populaire traditionnelle.

En effet, plusieurs enquêtes ont montré que si au sein des classes populaires les femmes valorisent également leur travail et y sont attachées (Battagliola, 2000 ; Borzeix & Maruani, 1982 ; Cartier et al., 2018 ; Daune-Richard, 1983), ces dernières s'y investissent de manière relative (Siblot et al., 2015), et surtout leurs choix demeurent largement déterminés par leur rôle de mère et leur rôle domestique (Avril, 2014 ; Daune-Richard, 1983 ; Meuret-Campfort, 2018). Par choix ou contraintes par leurs conditions de travail, elles sont un nombre non négligeable à prendre des arrêts de travail ou à cesser leur activité pour raisons familiales comme des naissances ou des mariages. Mais également à opter pour un travail relativement proche de leur domicile ainsi que pour des emplois dont les horaires leur permettent d'assurer le travail domestique (Cartier et al., 2018 ; Daune-Richard, 1983). Elles se définissent d'ailleurs fortement à partir du rôle domestique (Meuret-Campfort, 2018 ; Skeggs, 2014) et les emplois qu'elles exercent se situent dans le prolongement de ce rôle. Les femmes de classes populaires mettant en œuvre une féminité traditionnelle se trouvent ainsi assignées dans leur travail à des tâches liées à des savoir-faire traditionnellement perçus comme féminins (Siblot et al., 2015), à l'instar des aides à domicile (Skeggs, 2014) ou des aides-soignantes (Arborio, 2012). Cette catégorie de femmes se caractérise ainsi par son dévouement au service des autres autant dans la sphère domestique que professionnelle ce qui les conduit à une abnégation d'elles-mêmes. C'est un autre style de féminité qui se façonne dans la formation des infirmières.

La posture que les étudiantes actualisent ne consiste pas uniquement en un réinvestissement dans la sphère professionnelle de la « disponibilité permanente » caractérisant l'expérience quotidienne des femmes dans la sphère domestique (Chabaud-Rychter et al., 1985). Les étudiantes infirmière apprennent le dévouement à leur rôle professionnel plutôt qu'à des personnes. Elles doivent se rendre disponibles oui, mais pour assurer leur service ou compléter l'équipe de soins, et non pour répondre aux besoins des malades. Les tâches effectuées « pour le malade » (Arborio, 2012), comme la réponse aux sonnettes, les toilettes, l'habillement, la gestion des objets personnels et le réapprovisionnement au sein de l'hôpital

sont d'ailleurs largement délégués et ne constituent pas le cœur de leur culture professionnelle, contrairement aux femmes de milieux populaires qui investissent des professions du soin (Arborio, 2012 ; Skeggs, 2014).

Un tel dévouement pour le travail rappelle étroitement celui d'une frange dominée des classes populaires qui manifestent une « féminité transgressive » (Avril, 2014), ainsi que celui que mettent en œuvre les femmes appartenant aux « classes moyennes supérieures » (Boltanski, 1971), c'est-à-dire les femmes appartenant aux classes supérieures et aux franges supérieures des classes moyennes. Ces catégories de femmes recherchent en effet un accomplissement personnel par le travail et tendent à vouloir s'émanciper de la sphère domestique (Avril, 2014 ; Meuret-Campfort, 2018 ; Serre, 2009).

Néanmoins, le dévouement au travail des infirmières ne s'avère pas synonyme d'abandon du rôle domestique.

IX.1.b Maintenir son rôle domestique, un irréductible

L'actualisation de cette implication dans l'univers professionnel se fait en effet dans un mouvement concomitant à l'investissement d'un rôle domestique. Plus précisément, tout dans la formation est fait pour que les étudiantes continuent à endosser le rôle domestique traditionnellement imparti aux femmes dans la sphère privée en parallèle de leur investissement dans leur fonction d'infirmière.

Les prescriptions hygiénistes destinées en premier lieu à ce que les futures professionnelles respectent certaines règles de bases d'asepsie au travail (*cf.* Chapitre VIII) en sont un bon indice. Les étudiantes réinvestissent ces règles dans leur vie quotidienne comme le laissent entendre ces premières années :

Andrea, une étudiante qui a suivi la formation aide-soignante l'an passé, explique que depuis l'année dernière elle apprend à ses enfants le bon lavage de main. Enrick lui dit qu'il a peur de devenir « maniaque » avec la formation. Il souligne qu'il a mis tous les gants de toilette et toutes les serviettes au sale hier soir.

(Extrait d'une discussion informelle entre étudiants et étudiantes de premières années, le 20/09/17).

Une partie des étudiantes estiment d'ailleurs avec amusement qu'elles deviennent plus « maniaques » qu'auparavant chez elles. Spontanément, une petite partie d'entre elles (1,3 %) évoque même ce type de qualités acquises lors de la passation des questionnaires, et plus de 11,5 % ont approuvé le fait que leur hygiène de vie personnelle s'était améliorée depuis le début de leur cursus²⁰⁰.

²⁰⁰ Statistique issue de la passation des questionnaires à un ensemble de 938 étudiantes en soins infirmiers.

Loin de relever d'une libre initiative étudiante, ce réinvestissement des prescriptions relatives à l'hygiène au sein de la sphère privée est explicitement prescrit par l'institution. Les formatrices ainsi que les intervenants et intervenante venant de l'extérieur prescrivent explicitement d'étendre l'hygiène et ses principes à la vie privée.

L'intervenante souligne ensuite que chacun doit se laver. Elle les sollicite pour savoir pourquoi. Elle valide puis explique qu'il est recommandé de prendre une douche quotidienne. Elle rappelle qu'après le bain, il faut prendre une douche. Elle ne le recommande pas. Elle précise que la douche doit être à température moyenne. Elle souligne que le gant de toilette doit être changé après chaque usage. Elle complète en disant que les serviettes doivent également être changées régulièrement. Elle précise qu'il faut mieux se laver la figure le soir puis rappelle que pour les oreilles, il ne faut pas enfoncer les cotons-tiges. Concernant, l'hygiène buccodentaire, il faut se brosser les dents deux à trois fois par jour. Elle rappelle qu'il faut changer sous-vêtements et chaussettes tous les jours. « *C'est vrai qu'on fait ce petit chapitre parce que tous les ans, les cadres dans les services sont obligés de faire une remarque à certaines personnes sur des odeurs corporelles. C'est pour ça qu'on le fait. Quand on est professionnel de la santé, il faut avoir une hygiène impeccable* ».

(Observations, cours « règles d'hygiène fondamentale », le 19/09/17)

Le cours « d'hygiène fondamentale » est pensé comme un lieu de prescriptions des règles d'hygiène corporelle à destination de la sphère domestique. Les formatrices initient les étudiantes à une discipline des corps et à une morale hygiéniste qui doit s'appliquer dans et hors le monde professionnel.

Hugo, le formateur, précise que dans deux-trois semaines, elles [les étudiantes] se laveront les mains à la maison comme au travail avec cette gestuelle. Il dit « *c'est le début de la déformation professionnelle* ».

(Observation, TP Hygiène des mains, 20/09/17)

Un parallèle peut être fait ici avec les travaux de B. Skeggs (2014) qui a travaillé sur les formations d'aides à la personne ou encore avec la recherche de C. Grignon (1971) sur les formations professionnelles. À l'instar de ces autres cursus appartenant plutôt à une position basse dans la hiérarchie scolaire, la formation en soins infirmiers se révèle porteuse d'une mission éducatrice et moralisatrice envers les étudiantes, un objectif d'enseignement issu d'une tradition historique de la formation des femmes (Lebeaume, 2014 ; Skeggs, 2014).

De telles incitations à la transposition à la sphère privée des conseils donnés en matière d'hygiène participent à positionner les étudiantes de cette formation dans un rôle traditionnellement attribué aux femmes au sein de la sphère domestique. Ces dernières sont en effet poussées à effectuer des tâches comme le ménage, l'hygiène, les toilettes, ou la gestion du linge.

D'ailleurs, les étudiantes sont expressément sommées de s'impliquer dans leur sphère domestique. Aux incitations allusives concernant l'investissement dans des tâches ménagères²⁰¹

²⁰¹ Dans la lignée de R. Pfefferkorn (2011), j'entends par là l'ensemble des « *tâches d'entretien matériel des membres du ménage, de son logement et de son équipement* ».

s'ajoutent des conseils les invitant à tenir de front leur travail et leur rôle domestique. Ce conseil, que Samantha reçoit d'une formatrice à qui elle a confié sa difficulté à concilier vie personnelle et travail, traduit parfaitement cette exigence.

« Après tu vois, c'est Romane, Romane [formatrice] que j'ai en TAE l'autre jour. J'me suis dit : « oui, pourquoi elle dit ça et tout » et en fait maintenant j'comprends mieux parce que quand je lui ai dit en entretien que va falloir que, pour l'instant, je me compartimente, d'avoir l'impression de me compartimenter et elle m'a dit : "Non, on ne se compartimente pas, on s'additionne. Il faut qu'ça s'additionne." Et oui, en fait, il faut que j'arrive à trouver euh... parce que j'peux pas me compartimenter, il faut bien que j'additionne avec tout ce qu'il y a autour quoi. »

(Entretien le 8/01/17 avec Samantha, 1^{re} année, aide-soignante, 39 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

Selon les prescriptions des formatrices, ces deux aspects de la vie que sont le travail et la vie familiale sont à tenir ensemble. D'ailleurs, comme nous l'avons vu, au tout début du cursus (cf. Chapitre I), les formatrices suggèrent aux étudiantes de maintenir du temps pour leurs activités et leur vie personnelle au cours de la formation et de leur future activité professionnelle. Les étudiantes se voient ainsi sommées de ne pas penser leur accomplissement personnel uniquement dans le travail, mais aussi d'envisager ces deux sphères de leur vie sous forme équilibrée et complémentaire.

Les discours des étudiantes en soins infirmiers montrent que leurs comportements sont en adéquation avec le discours institutionnel. Les réponses fournies aux questions relatives à l'attachement à la famille, mais aussi aux pratiques domestiques ainsi qu'à leurs priorités permettent d'entrevoir que ce discours est largement investi par les futures infirmières.

Samantha laisse par exemple entendre au cours d'un de nos entretiens qu'elle n'envisage pas de déléguer la gestion des enfants à son conjoint malgré le conseil d'une formatrice allant dans ce sens :

« Quand ton gosse il chiale et que en fait, t'entends bien qu'il a besoin de sa mère plus que de son père... [Aspiration] parce qu'après on a beau dire faut laisser monsieur, bon bah voilà. »

(Entretien le 6/02/18 avec Samantha, 1^{re} année, aide-soignante, 40 ans,
mère : agent de service, père : retraité)

L'injonction à l'investissement dans les tâches ménagères traditionnellement exercées par les femmes apparaît largement la norme pour les étudiantes. Les étudiants des deux sexes sont 89,1 % à déclarer faire du ménage et/ou de la cuisine quotidiennement²⁰² : c'est le cas de 89,9 % des étudiantes et de 84,8 % des étudiants. À titre indicatif, L'institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes montre qu'en France en 2016, les hommes sont 35,5 % et les

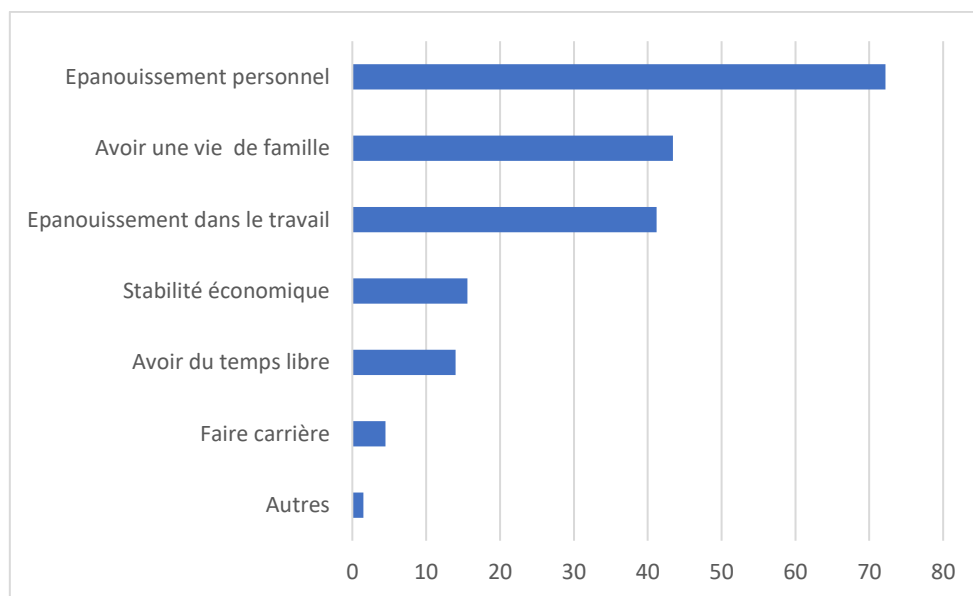
²⁰² Les chiffres de ce paragraphe sont issus de la passation des questionnaires à l'ensemble des 938 étudiants et des étudiantes enquêtés.

femmes 79,2 % à passer au moins une heure quotidiennement sur le ménage ou la cuisine²⁰³. S'il est impossible de tirer une conclusion d'une telle comparaison en raison des biais liés aux différences de situations de vie (certaines étudiantes vivent chez leurs parents), mais aussi d'âges de ces deux populations, les données précitées montrent que les étudiants et les étudiantes consacrent une partie non négligeable de leur temps aux tâches ménagères. Elles sont d'ailleurs une majorité à effectuer régulièrement (quotidiennement ou de temps en temps) du ménage (87,8 %), des courses (78,2 %) ou de la cuisine (88,6 %).

Les résultats des questionnaires montrent par ailleurs que les étudiants en soins infirmiers des deux sexes sont nombreux à être très attachés à la famille. Ils sont 88,6 % à estimer qu'il s'agit d'une valeur très importante. Moins de 2 % estiment qu'elle est sans importance. Ils sont en outre plus de 80 % à déclarer passer souvent ou très souvent du temps avec leurs proches.

Enfin, celles et ceux qui suivent ce cursus ont bien intégré l'idéal d'équilibre entre sphère domestique et travail. Pour le plus grand nombre, ce qui prime, c'est l'épanouissement personnel. Quel que soit leur sexe, les étudiants sont un peu plus de 72,2 % à citer cette priorité comme l'une des deux plus importantes dans leur vie.

Graphique 43 : Priorité dans la vie exprimée par les étudiantes en soins infirmiers (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 à 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Il y a 72,2 % des étudiantes citent l'épanouissement personnel parmi leurs deux priorités dans la vie.

²⁰³ (Gender Equality Index, 2020)

Viennent ensuite dans des proportions équivalentes l'accomplissement dans le travail et dans la vie de famille, respectivement 41,2 % et 43,4 %.

Cet investissement important dans la sphère domestique est déjà une réalité pour les étudiants et les étudiantes avant même leur entrée dans la formation.

Une grande majorité des premières années qui arrivent dans ce cursus perçoit déjà la famille comme très importante (86,1 %) ²⁰⁴ et y consacrent une partie de leur temps extrascolaire. Il s'agit de la troisième activité de loisirs le plus fréquemment invoquée. Très peu des premières répondent qu'elles ne côtoient rarement leur famille (19,3 %).

En outre, les premières années se disent également investies de manières conséquentes dans les tâches ménagères : 89,1 % pratiquent quotidiennement ou de temps en temps le ménage, 88,2 % la cuisine et 74,4 % les courses.

La vie de famille est citée par déjà 41 % des premières années comme une priorité.

L'analyse des réponses fournies par les premières et troisièmes années, et le croisement de ces données suggèrent que la formation ne vient pas infléchir l'attachement à la sphère domestique. Les proportions évoluent en effet peu au cours du cursus. Par ailleurs, les tests du khi 2 négatifs révèlent qu'on ne peut conclure d'un éventuel effet de la formation. Cependant les analyses précédentes laissent présager que cette formation vient conforter un attachement à la sphère domestique déjà présent en amont.

Si les données recueillies ne permettent pas de conclure quant à l'influence de l'origine sociale sur cet investissement dans la sphère domestique, le degré d'adhésion et d'investissement se révèle étroitement lié au genre ²⁰⁵.

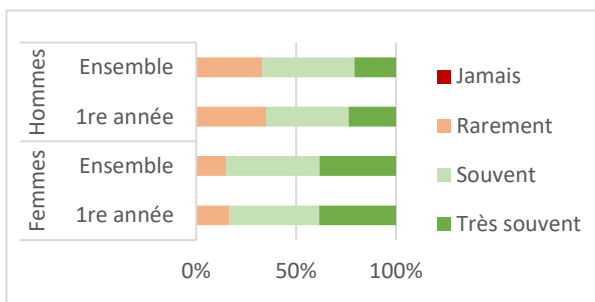
Les femmes de ce cursus accordent plus d'importance et consacrent plus de temps que les hommes à la famille, et ce dès le début de la formation ²⁰⁶.

²⁰⁴ Comme précédemment, les chiffres de ce paragraphe sont issus de la passation des questionnaires à un ensemble de 373 étudiants et étudiantes de première année interrogés au cours du premier trimestre, un calendrier qui permet de limiter les effets de la socialisation institutionnelle.

²⁰⁵ Ces propos sont à nuancer : la population enquêtée est en effet composée de 795 femmes et 139 hommes ce qui introduit potentiellement un biais lié à la faiblesse du nombre d'hommes dans mon échantillon.

²⁰⁶ Le croisement de variables, significatifs au seuil de 1 % avec le test d'indépendance du khi 2 permet de révéler des différences probantes.

Graphique 44 : Fréquence de fréquentation de la famille en fonction du sexe (en %)

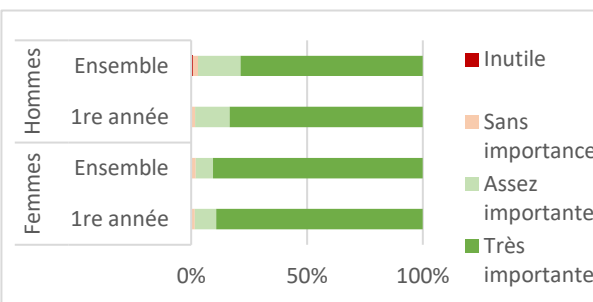


Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 à 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Ils sont 38 % des femmes de premières années contre 23,8 % des hommes qui se rendent très souvent dans leur famille.

Graphique 45 : Importance accordée à la valeur famille en fonction du sexe (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 à 4 IFSI d'un même département.

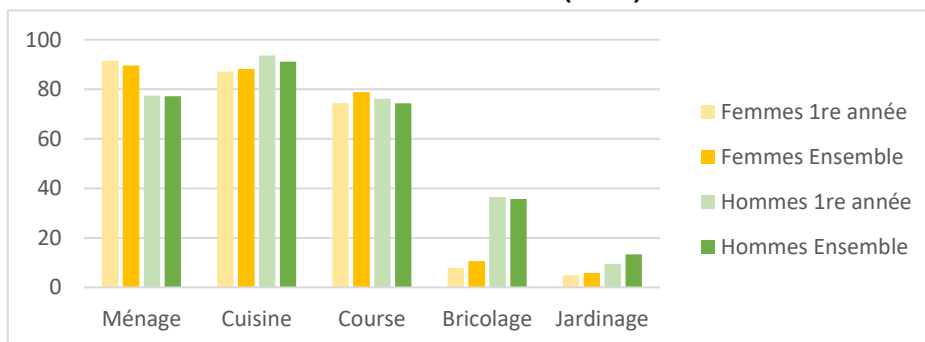
Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Ils sont 14,3 % des hommes contre 9,1 % des femmes de première année qui estiment la valeur famille comme assez importante.

Les étudiants sont globalement deux fois plus nombreux que les étudiantes à envisager comme assez importante la valeur famille et ils sont également deux fois plus fréquemment distants vis-à-vis de leurs proches : ils sont un tiers contre 14,5 % des femmes à déclarer se rendre rarement chez eux. Ces différences entre les étudiants des deux sexes existent déjà au début du cursus puisque les étudiantes de première année sont 88 % contre 79,4 % des étudiants à estimer très importante la valeur famille et elles sont 82,2 % à voir leur famille régulièrement (souvent ou très souvent), contre 65,1 % des hommes.

Par ailleurs, si les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer réaliser le ménage (plus 12,4 points) et les courses (plus 4,5 points) quotidiennement ou de temps en temps, ce sont les hommes qui cuisinent, jardinent et bricolent plus (respectivement plus 3 ; 7,4 et 25,1 points).

Graphique 46 : Tâches effectuées fréquemment ou quotidiennement en fonction du sexe (en %)



Source : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 à 4 IFSI d'un même département.

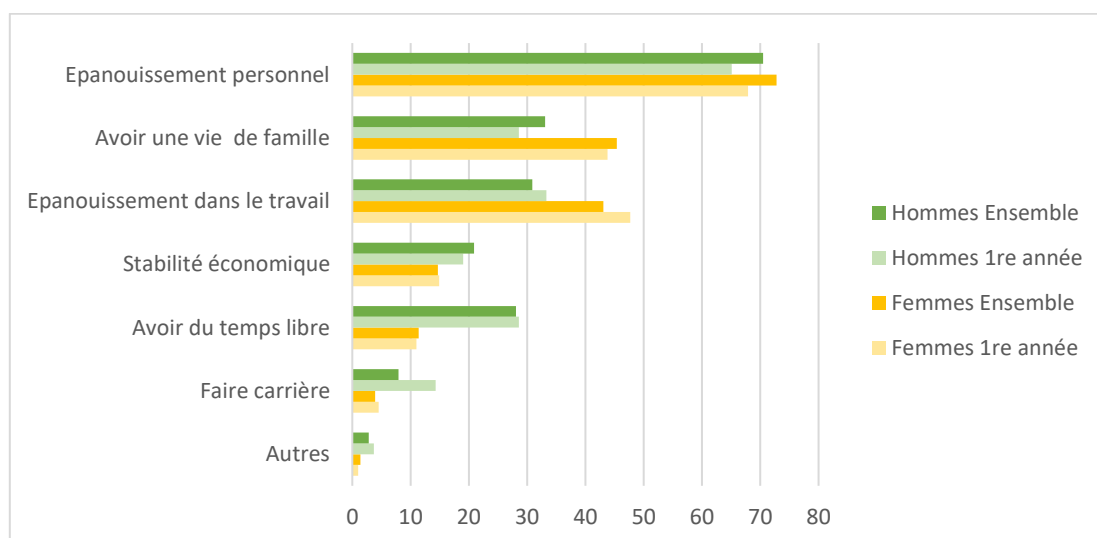
Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Elles sont 89,8 % des étudiantes de cette formation et 91,5 % des étudiantes de premières années, contre 77,2 % des étudiants et 77,4 % des étudiants de premières années à déclarer faire le ménage quotidiennement ou de temps en temps.

Les étudiants et les étudiantes de cette formation s'investissent de manière conséquente dans les tâches ménagères, et ce que celles-ci soient ou non traditionnellement attribuées à leur sexe. Les étudiants sont en effet 16,2 % contre 28,2 % des étudiantes à participer au ménage quotidiennement et 68,6 % à déclarer cuisiner tous les jours contre 61,8 % des femmes. À titre de comparaisons, l'institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes montre qu'en 2016, les hommes de 16-24 ans étaient 27,2 % à être impliqués chaque jour dans la cuisine ou le ménage contre 50,8 % des femmes, et que cette proportion montait à 36,4 % pour les 25-49 ans contre 83,4 % des femmes de cet âge²⁰⁷. En outre, hommes et femmes de cette formation s'impliquent dans des tâches traditionnellement masculines de manière non négligeable. Les femmes sont 60,8 % contre 27 % des hommes à déclarer ne jamais faire de bricolage alors que la moyenne nationale est de 89 % pour les femmes et 48 % pour les hommes en 2010 (Pailhé et al., 2019). De même, elles sont 74,2 % contre 59,6 % des hommes à ne jamais jardiner, un peu moins que la moyenne nationale. Même si ces comparaisons ne peuvent être citées ici qu'à titre indicatif en raison d'un possible biais lié à l'âge notamment, elles permettent de constater que finalement, l'injonction à l'investissement dans les tâches ménagères apparaît largement la norme pour les étudiantes quel que soit leur sexe.

Les étudiants sont cependant moins nombreux que les étudiantes à concevoir l'épanouissement dans la vie familiale et dans le travail comme des priorités (différence de 12 points sur l'ensemble des étudiantes et de plus de 14 points chez les premières années).

Graphique 47 : Priorité dans la vie exprimée par les étudiantes en soins infirmiers en fonction du sexe (en %)



Sources : Questionnaires administrés au cours de l'année 2017-2018 à 4 IFSI d'un même département.

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers.

Note de lecture : Il y a 72,8 % des étudiantes et 70,5 % des étudiants qui citent l'épanouissement personnel parmi leurs deux priorités dans la vie. En première année, les étudiantes sont 67,9 % à en faire autant alors que les étudiants sont 65,1 %.

²⁰⁷ (Gender Equality Index, 2020)

Ils visent plus souvent le temps libre (différence de 16,7 points), la carrière (différence de 4 points), et la stabilité économique (différence de 6,2 points), autant d'éléments qui ne sont pas entretenus dans la formation et qui correspondent à un rôle traditionnellement perçu comme masculin (Jacques, 2003).

Néanmoins, ces résultats, conformes à une vision traditionnelle des rôles domestiques, suggèrent que ces « étudiants atypiques » (Lemarchant, 2017 ; Marry, 2004 ; Zolesio, 2009), c'est-à-dire minoritaires au regard de leur genre dans la formation, sont moins dans une résistance au discours institutionnel, qu'une adaptation de celui-ci à leur genre.

La formation en soins infirmiers « transforme » donc plus qu'elle ne « convertit » celles et ceux qui la suivent, dans le sens où elle ne vient pas générer de bouleversements majeurs (Darmon, 2006). Le positionnement cultivé est relativement singulier au regard de ce qui paraît la norme dans d'autres catégories sociales, et apparaît comme un élément caractéristique de cette féminité des classes moyennes salariées du soin que la formation en soins infirmiers cultive.

Or, nous allons le voir dans la partie suivante, si l'on peut parler de style de féminité singulier, c'est aussi au regard des normes corporelles entretenues dans ce cursus.

IX.2 Le façonnement d'un rapport au corps singulier

En filigrane d'un certain nombre d'apprentissages, cette formation cultive en effet un rapport au corps et une « présentation de soi » (Goffman, 1996) particulière. Non seulement les étudiantes y entretiennent une « féminité d'accessoires », c'est-à-dire qu'elles apprennent à se parer d'attributs discrets de la féminité, mais elles entretiennent un rapport de « sursollicitation soignée » à leur propre corps c'est-à-dire qu'elles sont à la fois dans la survalorisation au travail et dans une logique de soin et de prévention à son égard²⁰⁸. Des constats qui suggèrent, au regard d'une comparaison avec les pratiques des autres catégories de femmes, que les étudiantes de cette formation sont conduites à investir un style de féminité singulier.

IX.2.a De la praticité à la féminité : l'endossement d'une féminité d'accessoires

Cette formation façonne l'adoption d'une tenue neutre et pratique, qui n'est pas pour autant synonyme d'absence d'investissements dans certains accessoires de la féminité. Les étudiantes réinvestissent les normes professionnelles en dehors de la sphère du travail, ce qui laisse entrevoir des « effets de socialisations croisées » (Siblot et al., 2015).

L'enquête révèle en effet que les étudiantes de ce cursus transfèrent les exigences en matière de neutralité et de déssexualisation des corps imposées dans le cadre de leur activité professionnelle (cf. Chapitre VIII) à la sphère privée. Cette situation observée loin du cadre de formation et du monde professionnel est à cet égard révélatrice.

Sur le parking, Amandine, Élodie et Jeanne sont en train de discuter auprès de la voiture d'Amandine qui est pleine de bières. Jeanne me demande si j'étais à Sainte-Marie avec elle. Je lui réponds que non. Amandine dit en rigolant que l'enseignement des « *bonnes sœurs* » ne lui a pas réussi, car elle est « *habillée en pute avec sa robe et ses talons.* » Jeanne lui rétorque « *Tout ça à cause de ma robe* », puis ajoute « *moi, au moins je suis féminine* ». Amandine qui est habillée en jean noir, chemise large blanche et talon répond : « *tu vas voir si je ne suis pas féminine* ». Elle commence à enlever sa chemise. Elle est en soutien-gorge sur le parking. Des personnes arrivent, elle se rhabille.

(Observation, soirée d'intégration, le 21/09/18)

Le jugement d'Amandine sur la tenue de Jeanne rappelle étroitement l'injonction à ne pas exacerber la féminité en vigueur dans l'espace professionnel. Cette remarque suggère que les étudiantes la réinvestissent au sein de la sphère privée. La prescription de la « féminité

²⁰⁸ Nous reviendrons plus en détail sur cette idée dans l'analyse qui suit.

modérée » (Mardon, 2010) transmise sous couvert des règles d'hygiène aux soignantes qu'elles sont (*cf.* Chapitre VIII) constitue donc finalement la norme au sein de ce groupe d'étudiantes, dans et hors le cadre de travail.

Un tel réinvestissement est largement souhaité et construit dans la formation comme le laisse entendre la remarque de cette formatrice lors du premier jour de la formation.

Gwladys [formatrice] précise que c'est aussi un jeu de rapidité, mais souligne que pour certains cela va être difficile puisqu'ils sont en talon et petite jupe. Anyssa [une autre formatrice] intervient pour ajouter que par la suite il faudra « *adapter leur tenue* » en précisant qu'elles sont en étude d'infirmière.

(Observation, 1^{er} jour de la semaine d'intégration, le 4/09/17)

Les étudiantes sont invitées à opter pour une tenue permettant l'action. Elles doivent, selon une formatrice, « adapter leur vêtement » et leur présentation à leur nouvelle appartenance, ce qui suggère que l'entrée dans le groupe des infirmières implique pour elles l'investissement des normes de cette activité professionnelle. Les prescriptions vestimentaires ne touchent pas uniquement les cours de travaux pratiques et les stages qui mettent les étudiantes en situation professionnelle, elles viennent aussi contraindre leur manière de se vêtir dans la vie quotidienne quand elles viennent à l'IFSI. Ce type de situations est loin d'être anecdotique et isolé. Il fait partie de l'expérience de nombreuses infirmières comme l'atteste la remarque faite par l'une d'elle lors du stage de Maïna :

L'infirmière raconte qu'une fois, lors de ses études, une de ses camarades a été reprise à l'IFSI parce qu'elle portait une jupe trop courte.

(Observation premier stage de Maïna, EHPAD, le 21/12/17)

L'une des infirmières relate une expérience similaire issue de son propre vécu. Au sein de la formation, les futures infirmières sont ainsi incitées à délaisser des vêtements associés au modèle traditionnel de la féminité, comme les talons et les jupes, mais aussi à adopter un corps éloigné du glamour et d'une sexualisation visible, et ce, au nom de la praticité.

La réaction des étudiantes à ma venue en robe droite, talon et veste permet de constater que les étudiantes s'approprient rapidement cette norme. Mon arrivée dans une tenue plus sexualisée que d'ordinaire au sein d'un cours de deuxième année m'a valu plusieurs remarques destinées à montrer qu'une telle tenue n'était pas appropriée à leurs yeux. Les étudiantes se sont exclamées à mon arrivée et m'ont demandé à plusieurs reprises si j'avais un mariage ou un rendez-vous galant. Alors que d'ordinaire j'étais habillée en jean, chemise et bottines ou basket pour ressembler autant que possible à ce que j'avais identifié comme la norme, le port d'une tenue sexualisée m'a valu plusieurs railleries qui me sont apparues comme autant d'indices de l'appropriation de cette norme d'apparence vestimentaire neutre.

Néanmoins, les observations de la tenue des étudiantes révèlent que cela ne se réduit pas chez elles à un désinvestissement des canons de l'apparence féminine traditionnelle. Elles sont en effet très nombreuses à porter des accessoires discrets de la féminité. Les étudiantes se maquillent légèrement pour la plupart. Elles utilisent peu de maquillages vifs ou éloignés des teintes naturelles. Elles privilégient les tons pastel. Leurs rouges à lèvres sont le plus souvent rosés ou transparents, tout comme leurs vernis. On peut se rappeler ici du vernis incolore que Flavia porte lors de son stage préprofessionnel (*cf.* Chapitre VIII). De nombreuses étudiantes portent également des bijoux : colliers, boucles d'oreilles ainsi que des foulards. Si ces dernières délaissent les attributs vestimentaires de la féminité, elles conservent donc une disposition à améliorer et embellir son apparence physique étroitement liée aux normes féminines traditionnelles.

Dans la plupart des cas, leur investissement dans cette féminité s'arrête à cette utilisation cosmétique, mais certaines y consacrent également une partie de leur temps libre. La passation des questionnaires montre que 10,7 % des étudiantes qui suivent ce cursus déclarent pratiquer du shopping très souvent et qu'elles sont 40,2 % à le faire régulièrement²⁰⁹, ce qui suggère qu'une petite moitié d'entre elles investit ce type de loisirs. Elles manifestent donc pour une part une attention certaine à leur apparence. D'ailleurs, une partie d'entre elles s'adonnent à des activités étroitement liées à cette question de la présentation de soi. On peut par exemple citer Asli qui est ambassadrice d'une marque de cosmétiques, c'est-à-dire qu'elle promeut des produits de beauté et prodigue des conseils esthétiques ou encore Samantha qui s'adonne à la création de bijoux en confectionnant notamment des boucles d'oreille avec des perles. Ces pratiques sont cependant minoritaires d'après leurs déclarations. Seules 0,8 % d'entre elles s'attèlent par exemple à la création de bijoux et une moitié des étudiantes ne pratiquent le shopping que rarement, voire jamais.

L'ensemble de ces éléments révèle que ces femmes qui vont appartenir aux classes moyennes salariées du monde de la santé adoptent une féminité relativement singulière au regard de ce qui existe dans d'autres univers féminins (Arborio, 2012; Barbier et al., 2021 ; Bourdieu, 1979 ; Le Wita, 1988 ; Mathieu, 2019 ; Pinçon & Pinçon-Charlot, 1989 ; Schwartz, 1990 ; Skeggs, 2014).

²⁰⁹ Les chiffres de ce paragraphe sont issus de la passation des questionnaires à l'ensemble des étudiants et étudiantes en soins infirmiers du département enquêté, soit un ensemble de 938 personnes.

En effet, contrairement aux femmes de classes populaires qui adoptent une féminité traditionnelle (Meuret-Campfort, 2018 ; Skeggs, 2014), elles ne cherchent pas à investir une posture glamour. Les futures infirmières délaissent et critiquent même une mise en scène exacerbée de la féminité. En outre, leurs pratiques vestimentaires font l'objet de moins de plaisir et d'amusement que les femmes qui s'appêtent à devenir aides à domicile (Skeggs, 2014).

Cependant, on ne peut pas dire pour autant qu'elles investissent une féminité « transgressive » (Avril, 2014). Bien qu'elles délaissent certains canons de l'apparence féminine comme les femmes populaires plus dominées, elles ne perçoivent pas la féminité comme un stigmate. La réaction d'Amandine (*cf.* p. 456) sur le parking le montre parfaitement. Cette dernière se réclame d'une certaine féminité. Par ailleurs, elles ne désinvestissent pas tous les accessoires de la féminité. Elles usent de cosmétiques et d'ornements.

Si leurs comportements s'approchent davantage de l'idéal des classes moyennes-supérieures (Barbier et al., 2021 ; Boltanski, 1971 ; Khan, 2011 ; Mardon, 2010) en ce qu'ils s'avèrent relativement éloignés d'une sexualisation appuyée du corps, mais aussi d'une mise en scène de la différence des sexes à travers les vêtements, ces femmes, qui vont appartenir à une frange intermédiaire des classes moyennes, arborent un rapport à l'apparence distant de l'idéal d'élégance et de grâce des classes supérieures (Boltanski, 1971 ; Pinçon & Pinçon-Charlot, 1989). Les injonctions relatives aux vêtements en sont un indice particulièrement révélateur. Alors que les femmes de classes supérieures privilégient des tenues élégantes comme les tailleurs, les vestes ou des tenues d'apparences plus universelles qu'elles agrémentent de détails (escarpins, etc.) afin de se distinguer des autres classes sociales et de pouvoir être présentables à tout moment (Barbier et al., 2021 ; Le Wita, 1988 ; Pinçon & Pinçon-Charlot, 1989), les femmes étudiées arborent plutôt des vêtements qui visent la praticité. Le port limité de talons et de jupes dans la vie quotidienne atteste de l'adoption de vêtements permettant de se mouvoir facilement. Loin de l'idéal du paraître et de la sophistication esthétique, ce qui prime, c'est la liberté de mouvement.

Une telle analyse vient compléter les rares travaux portant sur la présentation de soi des différentes catégories de femmes (P. Barbier et al., 2021) en offrant un premier portrait de ce qui apparaît comme une féminité de classe moyenne relativement singulière.

Or, ce n'est pas seulement le rapport à l'apparence des étudiantes infirmières qui est spécifique au regard des autres styles de féminité, c'est aussi l'attention qu'elles portent à leur corps.

IX.2.b De la sursollicitation à la prévention : l'actualisation d'une endurance soignée

D'après plusieurs travaux (Boltanski, 1971 ; Bourdieu, 1979 ; Schwartz, 1990), le rapport au corps est particulièrement clivant socialement ce qui en fait un point d'entrée privilégié pour saisir l'hétérogénéité des pratiques potentiellement spécifiques de ces femmes.

Plusieurs éléments mis en évidence tout au long de la thèse permettent de documenter cette question. Le chapitre V a notamment mis en lumière la survalorisation que ces soignantes font de leurs corps dans le cadre de leur travail. L'analyse conduite a été l'occasion de montrer que les infirmières et les futures infirmières font preuve d'un éthos de l'acharnement au travail. Un tel constat analysé à l'aune de ce nouveau questionnement permet d'entrevoir que le rapport au corps que développent ces femmes est relativement singulier au regard de ce qui se passe dans d'autres catégories de femmes. En effet, ce modèle du corps endurant éloigne les étudiantes de la conscientisation et de l'attention aux troubles qu'investissent les femmes des milieux les plus favorisés (Boltanski, 1971). Alors que pour ces dernières, l'expression de l'intériorité et des émotions personnelles constitue la norme (Garcia, 2011), les futures infirmières s'attachent au contraire à les taire et les contenir. L'appropriation de la culture professionnelle les pousse à être plutôt dans la retenue émotionnelle (*cf.* Chapitre VIII) et dans l'invisibilisation de leurs troubles de santé (*cf.* Chapitre V), autrement dit à masquer leurs troubles.

Une telle disposition à l'endurance et à la retenue n'est pas sans rappeler le rapport au corps des femmes de catégories populaires (Boltanski, 1971 ; Schwartz, 1990) des fractions les plus précaires (Lechien & Arborio, 2019). Néanmoins, alors que ces dernières sont à la fois dans une telle disposition à l'endurance corporelle et dans une absence de protection (Lechien & Arborio, 2019 ; Schwartz, 1990), les futures infirmières apprennent elles à soigner leurs corps en dehors de leur travail. L'utilisation constante et majoritaire de crème hydratante pour les mains constitue un indice particulièrement révélateur de cette attention préventive ou compensatoire aux troubles de santé²¹⁰. Les étudiantes en soins infirmiers sont très nombreuses à avoir ce comportement. Alors que je manifeste ma surprise face à cette pratique, l'une d'elles m'explique qu'il s'agit par ce biais de prévenir et de soigner la sécheresse et les crevasses qu'elles ont à cause des lavages de mains trop fréquents. Loin d'être anecdotique, cette précaution à l'égard de leur corps révèle plutôt une disposition relativement singulière au regard

²¹⁰ Observation TD Transfusion, le 8/02/17.

des autres catégories de femmes. Celles qui vont occuper un poste de catégorie intermédiaire dans le milieu du soin combinent usage intensif et rapport de vigilance et de soin à leur corps. Le port de chaussettes de contention en est un second exemple. Pour prévenir les troubles circulatoires et compenser l'effet « jambes lourdes » dû aux nombreux piétinements, elles sont nombreuses à se parer de cet équipement.

Il s'avère au regard des observations et des discussions informelles saisies dans le cadre de l'enquête que ce « rapport soignant au corps » ne se limite pas aux pratiques professionnelles. Il est en effet plus général et s'étend à leurs pratiques quotidiennes. Les étudiantes ne délaissent pas leurs troubles, elles semblent au contraire prendre soin de leur corps, et ce, quel que soit leur sexe. Lors d'une discussion avec une patiente, Serge laisse entendre qu'il met de la crème quotidiennement pour entretenir sa peau.

La patiente est en train de se mettre de la crème sur le visage. Elle en a sur les doigts. En s'approchant pour prendre sa tension, Serge lui dit de ne pas lui en mettre. Il dit : « *j'en ai mis ce matin.* » La patiente paraît étonnée. Il répond : « *bah pourquoi, c'est pas parce que je suis un garçon que j'ai pas le droit de m'en mettre.* »

(Observation premier stage de Serge, SSR, le 30/11/17)

Les étudiantes en soins infirmiers préviennent et traitent leurs troubles et ce, que ces derniers soient de nature corporelle ou psychique, comme le révèlent ces deux autres discussions :

Justine est d'ailleurs à la recherche d'un bon psychanalyste parce que celui qu'elle va voir ne lui convient pas.

(Discussion informelle avec deux étudiantes de deuxièmes années, le 8/04/17)

Camille me raconte également qu'une des étudiantes qui n'allait pas bien pendant son stage a été invitée à consulter personnellement un psy pour régler ses problèmes.

(Discussion informelle le 5/12/17 avec Camille, 1^{re} année, mère : commerciale chez Citroën, père : agent de maîtrise)

La consultation de psychologue est loin d'être un tabou dans ce milieu. Lorsqu'elles vont mal, ce sont même les formatrices qui conseillent d'adopter cette voie-là, et certaines étudiantes comme Justine le font ouvertement.

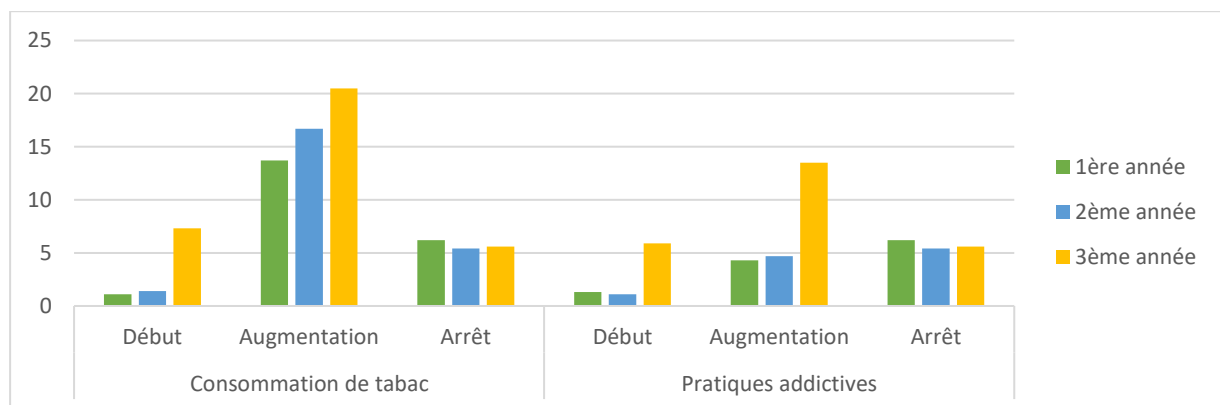
Ce rapport au corps soigné apparaît donc largement façonné par l'institution. D'ailleurs, l'enseignement sur l'hygiène des mains permet de corroborer ce point. À cette occasion, une formatrice conseille explicitement aux étudiantes d'utiliser des crèmes hydratantes en dehors même du temps de travail²¹¹.

²¹¹ Observation, Hygiène des mains, le 20/19/17.

Ces pratiques sont aussi véhiculées en stage à la fois par mimétisme ou du moins par appropriation de l'image de la soignante, mais aussi par conseils directs. Comme le suggère F. Vouillot dans ses travaux sur l'orientation (Marro & Vouillot, 1991 ; Vouillot, 2007), l'image du professionnel est particulièrement importante dans l'engagement dans une pratique ou une orientation. On peut donc penser que les conseils donnés ou les pratiques des infirmières qui adoptent les chaussettes de contention et les crèmes hydratantes de manière visible participent à ce que les étudiantes investissent ce type de « rapport soignant au corps ».

Ces constats ne signifient pas pour autant que les étudiantes entretiennent au cours de cette formation uniquement des pratiques qui respectent leur corps et qui sont attentives à ce dernier. Contrairement aux femmes appartenant aux franges les plus stables classes populaires (Lechien & Arborio, 2019), les futures infirmières sont par exemple près de 10 % à avoir débuté ou augmenté leurs pratiques addictives, et près de 20 % à avoir fait de même avec leur consommation de tabac, et ce, alors même que des affichages et des campagnes de prévention contre le tabagisme sont régulièrement mis en œuvre. Malgré ces efforts de l'institution, l'avancement dans la formation se révèle un facteur aggravant de ces pratiques, les différences établies en fonction de l'année de formation sont statistiquement significatives d'après le test du khi2.

Graphique 48 : Évolution des pratiques des étudiantes en soins infirmiers en matière de tabagismes et autres pratiques addictives (en %)



Source : Questionnaires administrés en 2017 aux IFSI du Département

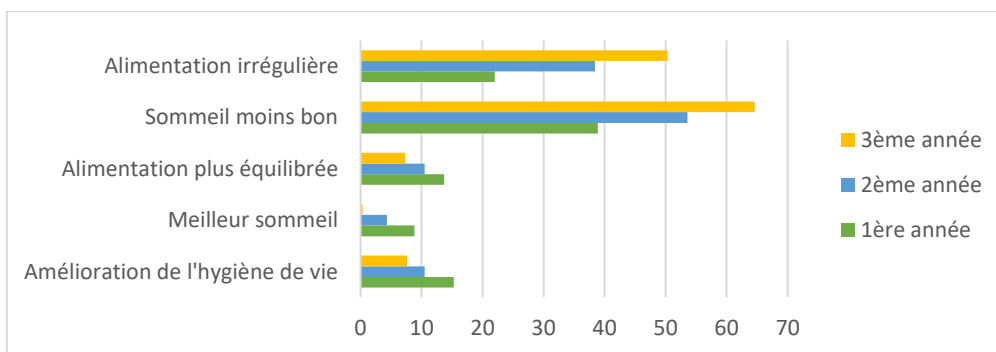
Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers du Département

Note de lecture : Les étudiantes de troisièmes années sont plus d'une sur cinq (20,5 %) à déclarer avoir augmenté leur consommation de tabac.

Alors que seulement 1,1 % des premières années déclarent avoir commencé à fumer depuis le début de leur cursus, elles sont 7,3 % dans ce cas à l'issue de la formation. De la même manière, la proportion d'étudiantes ayant commencé des pratiques addictives passe de 1,3 % à 5,9 %. Les étudiantes en fin de formation sont également plus nombreuses que les premières années à avoir augmenté leur consommation de produits addictifs (plus 9,2 points) ou leur consommation

de tabac (plus 6.8 points). Ces comportements suggèrent que le « rapport soignant au corps » que ces étudiantes cultivent est moins synonyme de ménagement de leur corps, que d'application de traitements. D'ailleurs, alors même que cette formation appartient au domaine sanitaire et transmet les règles de bonnes pratiques en matière d'hygiène et de santé, on constate que l'hygiène de vie des étudiantes tend à se dégrader au fur et à mesure de l'avancement dans la formation. L'enquête par questionnaire montre là encore une corrélation significative entre l'année de formation et les réponses fournies relativement au mode de vie.

Graphique 49 : Évolution de l'hygiène de vie des étudiants en soins infirmiers en fonction de l'avancement dans la formation



Source : Questionnaires administrés en 2017 aux IFSI du Département

Champs : Ensemble de 938 étudiants et étudiantes en soins infirmiers du Département

Note de lecture : Elles sont 15,3 % des étudiantes de première année qui déclarent que leur hygiène de vie s'est améliorée depuis le début du cursus.

Au début de la formation, les étudiantes sont 15,3 % à affirmer que leur hygiène de vie s'améliore, près de 10 % déclarent mieux dormir et 13,7 % manger de façon plus équilibrée. Or, de tels effets positifs s'amenuisent au cours de la formation au profit de pratiques plus délétères. En deuxième année, elles sont 4,8 points de moins à déclarer des effets positifs sur l'hygiène de vie. En troisième année, elles ne sont plus que 7,6 % à déclarer que leur hygiène s'est améliorée, une proportion deux fois moins importante que chez les premières années. L'amélioration de l'équilibre alimentaire est aussi moins fréquemment citée (moins 6,4 points), tout comme le meilleur sommeil (moins 8,5 points). À l'inverse, les étudiantes en fin de cursus sont plus des deux tiers (64,6 %) à déclarer moins bien dormir, contre 38,3 % des premières années, et plus de la moitié (50,3 %) contre 22 % en première année disent manger de manière plus déséquilibrée. Cette discussion avec Maïna éclaire en partie pourquoi un tel comportement s'installe progressivement.

Maïna va fumer puis retourne travailler. Elle ne mange pas. Elle m'explique que le premier jour elle avait emmené à manger, mais s'est retrouvée seule et que depuis elle ne mange pas

(Observation premier stage de Maïna, EHPAD, le 20/12/17)

Les horaires décalés et les pratiques habituelles des professionnelles de ce secteur poussent les étudiantes à modifier leurs habitudes.

Enfin, le rapport au corps de ces femmes apparaît ambivalent et singulier. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, d'un côté elles sursollicitent leur corps au travail et ne le ménagent pas dans leurs pratiques de vie, et de l'autre elles soignent systématiquement leurs troubles corporels ou mentaux de manière curative ou préventive. Loin donc du rapport au corps des femmes de classes populaires ou de celui des classes moyennes supérieures, cette enquête dessine les contours d'une féminité singulière : entre neutralité vestimentaire et investissement d'accessoires de parure, absence de ménagement et « rapport soignant au corps ».

IX.3 La culpabilité au cœur de ce modèle

Ce style de féminité se caractérise également par une disposition au tiraillement. Les spécificités relatives à la socialisation genrée générée participent à produire un mal-être singulier de l'ordre de la culpabilisation. L'éloignement des modèles les plus traditionnels en termes de *care* ou de féminité conduit les futures infirmières à ressentir un mal-être et une frustration liés à cette réalisation singulière des rôles supposés féminins.

IX.3.a Réalisation du care infirmier : la culpabilité de ne pas être dans le soin

Le *care* spécifique qu'elles mettent en œuvre apparaît comme un premier élément à l'origine de cette disposition. L'éloignement d'un *care* désintéressé et expressif dans le cadre de l'exercice de leur rôle d'infirmière n'est pas sans susciter une certaine frustration chez ces femmes qui regrettent de ne pouvoir l'accomplir.

Nous l'avons vu dans le chapitre VIII, les infirmières réalisent aujourd'hui essentiellement, voire exclusivement, un *care* lié au recueil de données ou destiné à informer les patients et leurs familles. Or, une telle forme de *care* inhérente à la nature de cette activité professionnelle, mais également étroitement liée aux évolutions récentes du monde de la santé (Acker, 2005) engendre de nombreuses frustrations chez les étudiantes :

« Au jour d'aujourd'hui, tu peux essayer de prendre le temps, mais t'as pas les moyens, t'as pas euh, tu perds une demi-heure à parler avec le patient, mais tu perds une demi-heure sur autre chose, donc euh... Moi, c'est ça que je, c'est ça que j'aimerais pouvoir faire, pouvoir faire mes soins en me disant que j'ai du temps avec le patient. »

(Entretien le 31/05/17 avec Alison, 2^e année, mère : assistante familiale, père : chargé d'affaires)

Comme Alison, elles sont plusieurs à expliquer regretter de ne pouvoir rester plus longtemps auprès des patients et surtout de ne pas pouvoir mener des interactions désintéressées.

Serge évoque le fait qu'il a du mal avec le peu de nursing et de relations qu'il y a avec le patient dans la position d'infirmier.

(Observation, premier stage de Serge, SSR, le 28/11/17)

« Donc euh c'est dommage, c'est un beau métier [...] mais à côté de ça, maintenant l'infirmière, elle a plus le temps, donc euh... Et puis ça fait mal aussi d'être infirmière, de donner tout ce que tu as pour euh que ça se passe bien, enfin pour faire ton boulot bien et que les patients en fait derrière, ouais, ils t'engueulent et ils te crient dessus parce que : "bah oui, vous avez fait ça en hyper rapide, vous êtes passé en deux deux". Ben oui, mais en fait, j'ai pas le temps, c'est pas que... c'est pas vous. Moi, je veux bien rester avec vous pendant une heure dans la chambre à faire mon soin, à prendre mon temps de faire mon soin, mais j'ai pas le temps quoi. [...] Je m'attendais vraiment à avoir ce relationnel avec les patients et en fait, j pense que j'suis un peu frustrée de ça quoi [...] qu'on n'est pas le temps de connaître bien les patients »

(Entretien le 12/01/18 avec Shana, 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Le manque de temps passé auprès des patients et la non-réalisation d'un *care* affectif paraît favoriser l'émergence d'un mal-être particulier consubstantiel à l'exercice de leur rôle, et ce d'autant plus que comme le souligne Shana, les patients leur reprochent de ne pas prendre ce temps du soin.

Un tel sentiment n'est pas lié à la désillusion du débutant puisqu'il s'étend chez l'ensemble des infirmières déjà en poste comme l'explique Shana au cours de notre entretien :

« Les professionnelles, il y a beaucoup d'infirmières qui sont frustrées, qui vont pas bien »
(Entretien le 12/01/18 avec Shana, 3^e année, 22 ans mère : secrétaire comptable, père : technicien)

Les travaux des années 1990 montrent que la relation au malade était déjà un des éléments déterminants dans le façonnement d'un sentiment de mal-être chez les infirmières. Moins ces dernières passent de temps auprès du patient, plus elles expriment une certaine souffrance (Rodary et al., 1994). Ce phénomène s'est encore accentué dans les dernières décennies.

Si un tel tiraillement se fait sentir chez les stagiaires comme chez les professionnelles, c'est parce qu'à leurs yeux la réalisation de ce *care* singulier, éloigné de celui que doivent traditionnellement investir les femmes, n'est pas pleinement du soin, ou du moins ne correspond pas à leur idéal de soignantes comme l'explique une cadre de santé :

Elle m'explique qu'ils ne sont pas dans le « soin », mais dans une gestion de l'urgence, il traite le problème pour lequel le patient est rentré, ils n'ont pas le temps de faire du préventif, de l'éducation thérapeutique ou de traiter les autres problèmes de santé du patient. Ce dernier une fois traité sort de l'hôpital et ils ne traiteront la suite que lors de la prochaine hospitalisation. Elle m'explique qu'ils sont pris dans des logiques financières qui les contraignent à aller vite : *« On ne nous demande pas de soigner le patient, mais d'aller vite »*. *« Est-ce qu'on est des soignants ? »* Elle insiste sur la différence entre leur représentation du métier, leurs valeurs et leurs visions holistiques de la prise en charge du patient et ce qu'il réalise qui correspond à une prise en charge curative. Elle parle de « choc culturel » entre ces deux visions : la vision défendue par les formations et celle imposée par les gestionnaires.

(Propos tenu par Cassandra, cadre de santé à l'hôpital)

Selon cette cadre de santé, les infirmières auraient un idéal de prise en charge holistique du patient qu'elles ne peuvent actuellement mettre en œuvre à cause des conditions d'exercice de leur travail. Lors de notre entretien, Shana explique elle aussi que ce qui l'a fait choisir ce travail, c'est la dimension de soin désintéressé et le relationnel expressif qu'elle ne retrouve finalement pas dans l'exercice actuel.

« Tu vois, c'était un peu ça quoi : être là pour aider les gens, pour les soigner, qu'ils m'aiment parce que tu vois, je vais les soigner quoi. Et, et en fait, mais alors pas du tout. Mais c'est pas du tout ça ! [...] En fait, tu vois, j'ai l'impression que je fais un métier qui va plus tard me rendre malheureuse, tu vois. Enfin, c'est horrible de dire ça, mais c'est un peu ce que j'ai retenu de mes stages quoi. »
(Entretien le 12/01/18 avec Shana 3^e année, 22 ans, mère : secrétaire comptable, père : technicien)

La mise en œuvre de ce rôle de soignante éloigné de leur idéal participe à créer un certain mal-être chez celles qui l'endossent. Le fait de ne pas accomplir dans leur travail un *care* domestique et expressif conduit une partie des étudiantes à mal-vivre cette formation et à culpabiliser de ne pas être dans l'accomplissement de ce rôle traditionnellement imparti aux femmes.

Ainsi, la mise en œuvre d'un *care* singulier se fait dans un mouvement concomitant à une certaine culpabilisation. Or, pour les futures infirmières, une telle disposition est d'autant plus prégnante qu'elle est aussi façonnée dans le style d'articulation travail/vie privée qui est au cœur de leur féminité.

IX.3.b Se surinvestir dans le travail : la culpabilité du manque de temps pour la sphère domestique et privée

Le modèle d'investissement dans le travail façonné au cours de cette formation s'accompagne en effet également d'un sentiment de frustration et de culpabilité de ne pouvoir se consacrer pleinement à la sphère domestique et privée. Autrement dit, la conciliation équilibrée entre sphère privée et sphère du travail qu'actualise le passage par ce cursus va de pair avec le façonnement d'une culpabilité à ne pas accomplir le rôle traditionnellement imputé aux femmes dans leur foyer.

Comme le laisse entendre cet étudiant, la double exigence d'un investissement dans la sphère domestique et au sein du travail est difficile à vivre :

« Je sais pas si c'est tant la formation, après c'est le contexte global tu vois, peut-être aussi d'être dans cette tranche de vie et puis de reprendre une formation étudiante tu vois. C'est pas non plus facile de trouver sa place. [...] Être à la fois père de famille et étudiant, tu vois, tout ça c'est... c'est compliqué de lier les deux. C'est une histoire d'identités. T'as différentes identités, différentes postures, c'est pas évident. »

(Entretien le 8/07/19 avec Enrick, 2^e année, éducateur spécialisé, 39 ans, 3 enfants,
mère : secrétaire, père : chauffeur)

La difficulté à atteindre la complémentarité valorisée contribue à mettre les étudiantes en position de culpabilisation.

« Bah à un moment donné je culpabilisais de ne plus les supporter quoi. C'est là-dessus où je culpabilisais quoi. À un moment donné, l'IFSI prenait tellement de place que je me suis dit : "mais je vais..." Je culpabilisais que ma fille, voilà, je lui en voulais limite qu'elle soit pas autonome à cinq ans. [rire] [...] J'arrivais pas à être disponible un peu pour eux quoi. »

(Entretien le 6/02/18 avec Samantha, 2^e année, aide-soignante, 40 ans, 2 enfants,
mère : agent de service, père : retraité)

Samantha l'exprime clairement, tenir ensemble les deux sphères influe sur sa manière d'assurer son rôle domestique. Elle ne peut consacrer beaucoup de temps à la prise en charge de ses

enfants. Or, cette situation qui l'amène à ne pas endosser une disponibilité totale à l'égard de son foyer contribue à générer chez elle un sentiment de mal-être.

Un tel sentiment est partagé même par celles qui n'ont pas d'enfants. Elles sont plusieurs à mettre en avant l'impact de cette formation et de ce travail sur leur sphère domestique et sur leur personne :

« Formation que je n'aurais sans doute pas choisie si j'avais su ce qu'elle représentait en tant que sacrifices personnels [...] »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiant en 3^e année, Gravel, 22 ans, mère : maître nageuse, père : responsable de la réalité virtuelle en entreprise)

« Formation enrichissante, mais destructrice d'un point de vue personnel, car la formation nécessite beaucoup de sacrifices dans son entourage amical et familial. [...] »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 32 ans, parents : agriculteurs)

Les propos de ces deux futures infirmières le suggèrent, l'équilibre travail/famille est perçu comme un empiétement sur leur vie privée à la source de « sacrifices » :

« Une formation enrichissante, mais longue et difficile, imposant des sacrifices sur le plan de l'épanouissement personnel. »

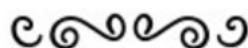
(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, 22 ans, mère : assistante, commerciale père : cadre ingénieur)

« J'ai commencé à me sacrifier lors de mes études, mais je les emmerde, je me suiciderai pas) »

(Commentaire laissé sur le questionnaire, étudiante en 3^e année, Gravel, mère : chômeuse, père : décédé)

Les propos de cette dernière étudiante sont particulièrement violents et laissent apparaître toute la tension que suscite chez ces étudiantes l'endossement d'un tel « équilibre » entre vie privée et travail qui signifie en réalité cumul entre travail intense et débordant sur le temps personnel et devoir maintenu de s'investir dans les tâches domestiques et familiales.

Si les données produites dans le cadre de cette enquête ne permettent pas de donner suffisamment d'éléments pour vérifier si cette culpabilisation est ressentie par tous et par toutes, l'analyse suggère que l'endossement du rôle infirmier et du style de féminité qui va avec débouche sur une précarité subjective singulière, alimentée par un sentiment de culpabilité à ne pas accomplir des modèles plus traditionnels de *care* et de féminité.



L'ensemble de la socialisation genrée identifiée dans cette dernière partie de la thèse suggère que celles qui suivent cette formation et qui s'appêtent à devenir des infirmières vont endosser un style de féminité singulier qui est socialement situé. Ce chapitre apporte ainsi une contribution à la socialisation professionnelle et à la socialisation de genre des futures infirmières.

Les futures infirmières observées adoptent une « féminité modérée » pour reprendre une expression utilisée par A. Mardon (2010). Elles sont en effet dans une « féminité d'accessoires » : elles revêtent des vêtements neutres, pratiques (c'est-à-dire n'entravant pas la liberté gestuelle) et relativement éloignés de la vision du corps féminin sexualisé, mais se parent d'accessoires de la féminité traditionnelle comme le maquillage et les bijoux, et ce, de manière relativement légère. Elles apprennent par ailleurs à cultiver « une endurance soignée », c'est-à-dire un « rapport soignant au corps » empreint d'une logique préventive et thérapeutique en parallèle d'un éthos de l'endurance et de l'acharnement au travail. Enfin, cette formation façonne un rapport au travail et à la sphère domestique équilibré, un style de féminité qui s'accompagne d'une disposition à la culpabilisation. La comparaison constante menée avec d'autres travaux portant sur d'autres groupes de femmes tout au long de ce chapitre suggère que ces dispositions sont relativement propres à cette catégorie de femmes.

Une telle analyse participe donc à montrer qu'il n'existe pas une seule socialisation féminine (Avril, 2014 ; Clair, 2012 ; Depoilly, 2018 ; D. Kergoat, 1982 ; Lemarchant, 2017 ; Meuret-Campfort, 2018 ; Skeggs, 2014) et incite à penser la diversité des manières d'être femmes à l'instar d'autres travaux (Beaubatie, 2020, 2021 ; Dunezat, 2015 ; D. Kergoat, 2000). Plus précisément, le développement qui précède permet de brosser le portrait d'une féminité de classe moyenne intermédiaire qui est endossée par ces femmes qui vont appartenir à une profession intermédiaire du soin. Elle complète la connaissance de « l'espace social du genre » (Beaubatie, 2020) en décrivant l'un de ses pôles encore peu investigué, celui des classes moyennes salariées.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'objectif de cette thèse était de rendre compte de la diffusion des savoirs scientifiques et techniques dans une formation féminisée et d'en étudier l'impact sur le façonnement d'une socialisation genrée. L'enquête et l'analyse produites pour y répondre, conduites au sein de la formation en soins infirmiers, ont révélé qu'une telle transmission participe dans ce cursus non seulement à reconfigurer l'ordre du genre, mais aussi à produire un positionnement social, source pour beaucoup de futures infirmières d'ascension sociale.

Sans proposer ici une synthèse exhaustive de l'ensemble des résultats présentés dans le corps de la thèse, cette conclusion met en avant les apports déterminants dans trois grands champs de la sociologie : la sociologie de l'éducation, la sociologie du travail, mais également la sociologie du genre.

En premier lieu, cette analyse portant sur une formation professionnalisante de l'enseignement supérieur nous livre de nouvelles pistes d'analyse pour la sociologie de l'éducation.

D'une part, cette recherche montre qu'au-delà de la vocation de socialisation professionnelle, ce type de formation contient une « visée prospective ». Ce cursus prépare les étudiantes à entrer dans leur future activité professionnelle, comme le montrent habituellement les recherches sur la formation des infirmières (Barraud, 2013 ; David, 1966 ; Girard, 2018 ; Piret, 2004 ; Rick, 2008 ; Roby, 2012 ; Rothier-Bautzer, 2012 ; Thouvenin, 2004). À l'instar d'autres formations de ce type, elle participe à véhiculer une culture professionnelle. Or, cette thèse a montré que cette perspective institutionnelle classiquement mise en évidence par les travaux portant sur des formations professionnalisantes (Becker, 1977 ; Strauss et al., 1985) ne permet pas d'expliquer complètement la répartition des savoirs, ainsi que la stylistique institutionnelle et les discours professoraux de cette formation. Cette dernière s'est révélée avoir également une « visée prospective ». Comme l'annoncent explicitement les formatrices, ce qui est en jeu au travers du référentiel, c'est la fabrique de « professionnelles de demain ». L'enjeu est de faire évoluer le groupe professionnel des infirmières pour que celles-ci gagnent en légitimité et en place au sein du monde de la santé. Cette thèse est donc une invitation à considérer que les institutions d'enseignement peuvent participer à l'évolution de certaines normes, et non seulement à une simple reproduction.

D'autre part, la présente recherche met en avant le fait qu'il est possible qu'une formation qui véhicule une culture scientifique et qui participe à transmettre la culture technique soit féminisée. Une part non négligeable de la formation des infirmières familiarise les

étudiantes, qui sont surtout des femmes, aux sciences biologiques et aux sciences humaines et sociales, mais aussi à la démarche de recherche. Les étudiantes sont amenées à se saisir de la réflexion et de la réflexivité. En outre, leur cursus propose un apprentissage des gestes techniques et de manipulation d'outils. Ces savoirs appartenant aux cultures scientifiques et techniques sont véhiculés de manière concomitante à la transmission de savoirs associés au *care* : posture d'empathie, de bienveillance, d'écoute, etc. L'étude du curriculum de cette formation invite donc à ne pas opposer *care*, culture scientifique et technique. Elle offre l'occasion de voir comment ces dimensions peuvent s'imbriquer.

Enfin, elle révèle l'importance de s'intéresser à la présentation et à la valorisation des savoirs. Si cette formation transmet autant des savoirs liés au *care*, qu'à la culture scientifique et technique, ces derniers sont inégalement visibles et mis en exergue. Les étudiantes de ce cursus apprennent à promouvoir et à se prévaloir du *care*. À l'inverse, elles ont peu à valoriser la dimension technique et sont amenées à invisibiliser leur usage de la culture scientifique. De plus, les étudiantes sont positionnées dans les « sciences pragmatiques » et les « sciences sensibles », ce qui participe *in fine* à entretenir la répartition traditionnelle des savoirs. Ces éléments apportent un éclairage nouveau à la question de l'orientation des femmes en sciences. Il semble que ce qui fait défaut à ces dernières, ce n'est pas tant leur accès à la culture scientifique, que leur accès à une partie du champ scientifique, ainsi que leur capacité à visibiliser et à se revendiquer de cette culture.

En deuxième lieu, cette recherche apporte également sa contribution à la sociologie du travail. Elle est notamment l'occasion d'éclairer la question du travail des femmes. En adéquation avec un objectif classique de la sociologie, cette thèse interroge les représentations attachées aux infirmières et à leur activité professionnelle qui appartient au secteur tertiaire. Conformément à une idéalisation philanthropique des infirmières, la médiation et l'accompagnement occupent dans ce travail une place centrale. Cependant, le travail infirmier ne s'y restreint pas. Les infirmières consacrent une part non négligeable de leur activité professionnelle à des tâches administratives. Elles sont chargées de consigner des données, mais également de planifier leur temps et celui des patients. Elles ont par ailleurs un rôle de logisticiennes et sont des personnes ressources pour transmettre des informations. De plus, toute une part de leur travail mobilise la culture technique. Enfin, les infirmières ont aujourd'hui un rôle d'experte. Elles sont amenées à recueillir des données et à produire leur propre diagnostic en complément de celui des autres professionnels et professionnelles de santé. Leur travail est donc plutôt caractérisé aujourd'hui par la « polyactivité » (Bouffartigue, 2000) que par le seul

care et fait appel à des compétences multiples : mémorisation, adaptation, dextérité, réflexion, réflexivité, esprit de synthèse, de planification.

Cette thèse met ainsi en évidence le processus d'ingénierisation en cours dans cette activité professionnelle. Néanmoins, elle montre également que celui-ci est aujourd'hui inabouti. L'autonomie concomitante aux différentes tâches qui leur reviennent est encore limitée. Les infirmières sont plutôt dans une « autonomie discrétionnaire ». Elles sont amenées à prendre conscience des marges de manœuvre et de pouvoir qui leur incombent, tout en apprenant à se plier à la hiérarchisation professionnelle persistante à l'égard des médecins ainsi qu'à une forte prégnance du cadre légal. Tout un pan du travail présenté dans cette thèse montre donc comment les futures infirmières apprennent un certain positionnement social. La formation les prépare à devenir des travailleuses de la classe moyenne salariée. Les constats dressés sur ce point complètent et éclairent les travaux portant sur les classes moyennes (Benguigui, 1990 ; Bidou, 1984 ; Bidou et al., 1985 ; Bidou-Zachariassen et al., 1983 ; Bouffartigue, 2000 ; Bourdieu, 1979 ; Grunberg & Schweisguth, 1983 ; Serre, 2009).

Outre l'apport relatif à la connaissance du travail infirmier, une telle recherche participe à montrer, comme d'autres études issues notamment de la sociologie du travail (Avril, 2014 ; Cartier & Lechien, 2012), que les activités professionnelles qu'investissent les femmes ne se cantonnent pas au *care* et à des dispositions supposées féminines. Au contraire même, les femmes font appel au quotidien à des dispositions supposées masculines comme la technique. En complément de ces travaux, cette thèse révèle que cette activité professionnelle mobilise également la culture scientifique et les savoirs qui y sont associés.

Néanmoins, l'un des apports de cette enquête est aussi de montrer que malgré l'usage des cultures scientifique et technique, ce qui demeure valorisé et visibilisé par les professionnelles et les futures professionnelles elles-mêmes est un ensemble de dispositions supposées féminines et liées au *care*. Ce *care* prôné et mis en œuvre dans le cursus et dans l'activité professionnelle infirmière s'avère cependant bien distinct du *care* familial. Le travail des infirmières n'implique ni continuité ni transposition du *care* domestique au travail. À l'instar de ce qu'a montré C. Avril (2014) à partir de l'étude des aides à domicile, la présente thèse sur une autre profession féminisée met en évidence une forme de *care* infirmier spécifique. Comme les autres soignants et soignantes, le *care* investi par les infirmières a une finalité thérapeutique et se réclame d'une « juste distance »²¹² (Causse, 2008 ; Delourme, 1997 ; Durif-Varembont, 2003) contrairement à la proximité prônée dans le travail social

²¹² Expression employée par les formatrices des IFSI.

(Breviglieri et al., 2003 ; Weller, 2002). Les infirmières procèdent à une dépersonnalisation des patients et à une déssexualisation de la relation de soin (Piret, 2004). Néanmoins, la « juste distance », à la fois émotionnelle et corporelle, qu'elles sont amenées à investir relève d'un rapport au patient distinct des autres soignants et soignantes. Elles sont tout d'abord dans un rapport indirect au corps, car médié par la technique sans pour autant se réclamer d'une mise à distance radicale. Elles ont par ailleurs à être dans une « empathie contrôlée », c'est-à-dire que la relation aux soignés se caractérise plutôt par un « attachement rétractable » (Paillet, 2007) que par une relation affective. Enfin, les interactions sont de l'ordre d'un « *care* pratique » dans le sens où les interactions mises en œuvre ne sont pas désintéressées. Celles-ci relèvent plutôt de l'explicitation des techniques, des pathologies ou des traitements ainsi que du recueil de données.

Cette mise en évidence d'une déclinaison du *care* suggère une pluralité de réalités distinctes derrière ce terme fréquemment employé pour dépeindre les activités des femmes. Cette analyse est donc également une invitation à identifier de nouvelles formes de *care* afin de dépasser la dichotomie entre métiers féminins et métiers masculins. Une perspective qui permettrait de montrer des formes de *care* dans les activités majoritairement occupées par des hommes.

En troisième lieu, l'analyse conduite dans cette thèse contribue à la mise en évidence de l'hétérogénéité au sein de la catégorie de « femme » (Dunezat, 2015). L'approche globale et relationnelle des savoirs transmis et des dispositions produites dans ce cursus met au jour le façonnement d'un « style de féminité » (Avril, 2014). Ce travail sur les futures infirmières complète l'étude de « l'espace social du genre » (Beaubatie, 2020, 2021) en éclairant la féminité des classes moyennes, un style de féminité encore peu investigué (Serre, 2009). Les études se sont en effet jusqu'alors le plus souvent concentrées sur la féminité des femmes des classes populaires (Avril, 2014 ; Meuret-Campfort, 2018 ; Skeggs, 2014) ou des classes supérieures (Boltanski, 1971 ; Bué et al., 2007 ; Garcia, 2011 ; Khan, 2015 ; Le Wita, 1988 ; Pinçon & Pinçon-Charlot, 1989). L'enquête conduite auprès des étudiantes en soins infirmiers permet de dévoiler les ressorts d'un style de féminité de classes moyennes salariées caractérisé par trois points.

Tout d'abord, elle révèle un rapport au travail et à la sphère domestique équilibré. Leur dévouement au rôle professionnel se fait dans un mouvement concomitant à l'investissement dans un rôle domestique traditionnel.

Ensuite, cette enquête révèle un rapport au corps empreint de « sursollicitation soignée ». Les futures infirmières et les infirmières engagent fortement leurs corps dans leur

activité professionnelle tout en adoptant dans le même temps un « rapport soignant au corps ». En effet, elles n'hésitent pas à investir une démarche préventive et curative.

Enfin, elles investissent une « féminité d'accessoires » : elles se parent de colliers, boucles d'oreilles, etc., et de maquillage discret, tout en délaissant les tenues traditionnellement perçues comme féminines (jupe, talon, etc.) et en adoptant des vêtements pratiques. Cette féminité, éloignée des normes de genre traditionnelles, s'accompagne chez certaines d'une forme de culpabilité à ne pas accomplir les modèles plus traditionnels de *care* et de féminité.

Ces constats d'un *care* infirmier spécifique et d'une féminité particulière de classes moyennes conduisent à montrer que la formation en soins infirmiers apparaît bien aujourd'hui encore comme un lieu de socialisation genrée. À travers la formation actuelle des infirmières, les étudiantes développent des dispositions supposées masculines tout en apprenant à ne pas s'en réclamer et à valoriser davantage les dispositions socialement plus ajustées à leur sexe. Ce cursus participe ainsi à recomposer l'ordre social dans le sens où les hiérarchies sociales et de genre ne disparaissent pas, perpétuant dès lors une forme « d'éternel féminin ». Cette formation conduit à une reconfiguration des espaces de légitimité.

La formation en soins infirmiers permet ainsi à son public majoritairement composé de femmes de milieu populaire d'intégrer une féminité de classes moyennes et un positionnement de travailleuses de la classe moyenne salariée. Elle contribue donc à la mobilité sociale, et notamment à une mobilité sociale ascendante, pour un certain nombre d'étudiantes.

Une question demeure cependant, celle de la durabilité et des ajustements de la socialisation produite. D'une part, il est en effet possible que la féminité singulière ici mise au jour soit une parenthèse pour certaines femmes qui retombent ensuite dans une féminité plus traditionnelle. On peut penser au recours fréquent au temps partiel choisi notamment pour les infirmières de la fonction publique hospitalière ou territoriale qui pourraient être une manière de faire face au tiraillement et à la culpabilité ici décrite, mais aussi aux éventuelles stratégies de fuite de l'hôpital pour travailler dans d'autres secteurs du soin que laissent poindre certaines interventions de professionnelles et futures professionnelles. D'autre part, on peut également s'interroger sur les effets de la crise de la COVID sur le processus d'ingénierisation du travail infirmier. Il est possible de supposer que l'urgence de la situation et le manque de personnels ait engendré un glissement de tâches qui viendrait rebattre les cartes de l'organisation et de la division du travail identifiées dans cette thèse. Dans quelle mesure celles qui suivent ce cursus investissent-elles donc ces normes de genre et surtout pour combien de temps ? Dans quelle mesure le contexte à venir va-t-il avoir des effets sur l'ingénierisation du travail infirmier ?

Bibliographie

- Abbott, A. (2016). Les choses des frontières. In : D. Demazière et M. Jouvenet (dir.), *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago* (p. 119-144). Paris : Éditions de l'EHESS.
- Acker, F. (1991). La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. *Sciences sociales et santé*, 9(2), 123-143. DOI : 10.3406/sosan.1991.1192
- Acker, F. (2004). Les infirmières en crise ? *Mouvements*, 32(2), 60-66.
- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, 1, 161-181.
- Aiach, P., et Fassin, P. (1994). *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos Economica.
- Anchisi, A. (2008). De parent à résidant : Le passage en maison de retraite médicalisée. *Retraite et société*, 53(1), 167-182.
- Appay, B. (2005). *La dictature du succès : Le paradoxe de l'autonomie contrôlée et de la précarisation*. Paris : L'Harmattan.
- Arborio, A.-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 93-126. DOI : 10.3406/sosan.1995.1338
- Arborio, A.-M. (1996). Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière. *Genèses*, 22, 87-106.
- Arborio, A.-M. (2012). *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos Economica.
- Arborio, A.-M., et Divay, S. (2018). Aides-soignantes et infirmières, au cœur de l'hôpital. *Sciences humaines*, 53, 28-31.
- Astier, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris : Presses universitaires de France.
- Auslender, V. (2017). *Omerta à l'hôpital : Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Édition Michalon
- Avenel, C. (2013). *Les choix d'orientation vers les études supérieures chez les filles comparativement aux garçons. Recherche sur la filière Médecine, massivement féminisée depuis vingt ans en France, avec le cas de Montpellier*. (Thèse de doctorat, Université de Montpellier 3, Montpellier).
- Avril, C. (2014). *Les aides à domicile : un autre monde populaire*. Paris : La Dispute.
- Avril, C., et Vacca, I. R. (2020). Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail. *Travail, genre et sociétés*, 43(1), 85-102.
- Ayala, J., et Roditi, E. (2014). Inégalités sociales et apprentissages en mathématiques. Les énoncés des exercices seraient-ils eux-mêmes différenciateurs ? *Recherches en Didactiques*, 17, 45-64.
- Bachelard, P. (1994). *Apprentissage et pratiques d'alternance*. Paris : L'Harmattan.
- Barbier, J.-M., et Demailly, L. (1994). Analyse des fonctions sociales et professionnelles de dispositifs utilisant la recherche comme outil de formation. Le cas des formations étudiées dans le réseau « Recherche et Professionnalisation ». *Recherche et formation*, 17(1), 65-75. DOI : 10.3406/refor.1994.1230
- Barbier, P., Bargel, L., Beaumont, A., Darmon, M., et Dumont, L. (2021). Vêtement. In : J. Rennes, *Encyclopédie critique du genre* (p. 806-817). Paris : La Découverte.

- Barlet, M., et Cavillon, M. (2010). *La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles* (n° 101 ; Études et Recherche). DRESS.
- Barlet, M., et Marbot, C. (2016). *Portrait des professionnels de santé* (Panoramas de la DRESS santé). DRESS.
- Barraud, C. (2013). *Professionnalisation des ESI et construction identitaire : Une approche par les représentations du métier et sous l'angle de la catégorisation sociale inter IFSI*. (Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, Bordeaux).
- Barrier, J., Quéré, O., et Vanneuville, R. (2019). La fabrique des programmes d'enseignement dans le supérieur. Pouvoir, curriculum et transmission des savoirs. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13(13-1), Article 1.
- Barthes, A. (2017). Curriculum caché. In : A. Barthes, N. Tutiaux-Guillon, et J.-M. Lange (dir.), *Dictionnaire critique des enjeux et concepts des « éducations à »* (p. 617). Paris : L'Harmattan.
- Bataille, P. (2011). Les paradoxes de la mixité. Les conséquences de l'introduction de la mixité aux concours d'entrée des Écoles normales supérieures de Saint-Cloud, Fontenay-aux-Roses et Lyon. *Sociétés contemporaines*, 83(3), 5-32.
- Battagliola, F. (2000). *Histoire du travail des femmes*. Paris : La Découverte.
- Baudelot, C., et Establet, R. (1992). *Allez les filles ! : Une révolution silencieuse*. Paris : Le Seuil.
- Beaubatie, E. (2020). *La multiplicité du genre*. Repéré à : <https://laviedesidees.fr/La-multiplicite-du-genre.html>
- Beaubatie, E. (2021). *Transfuges de sexe. Passer les frontières du genre*. Paris : La Découverte.
- Beaud, S. (1997). Un temps élastique. Étudiants des « cités » et examens universitaires. *Terrain. Anthropologie et sciences humaines*, 29, 43-58. DOI : 10.4000/terrain.3215
- Beaud, S. (2003). *80% au bac et après ? Les enfants de la démocratisation scolaire*. Paris : La Découverte.
- Beaud, S., et Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques*. Paris : La Découverte.
- Becker, H. S. (1977). *Boys in white : student culture in medical school*. Transaction Books.
- Bedin, V., et Fournet, M. (1998). Le mémoire professionnel, un discours-objet médiateur entre pratiques et praxis professionnelles et scientifiques. *Recherche et formation*, 27, 123-138.
- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression : Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : La Découverte.
- Benallah, S., et Domin, J.-P. (2017). Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? *La Revue de l'Ires*, 91-92(1), 155-183.
- Benelli, N., et Modak, M. (2010). Analyser un objet invisible : Le travail de care. *Revue française de sociologie*, 51(1), 39-60.
- Benguigui, G. (1990). Travail et classes moyennes. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 89, 253-272.
- Benguigui, G., et Monjardet, D. (1978). *La fonction d'encadrement : Recherche sur les relations entre technique, organisation et division du travail chez les techniciens, agents de maîtrise et cadres de l'industrie*. La Documentation française.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., et Revillard, A. (2012). *Introduction aux études sur le genre*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Bernstein, B. (1961). Social class and linguistic development : a theory of social learning. *Education, economy and society. A reader in sociology of education*, 288, 314.

- Bernstein, B. (2007). *Pédagogie, contrôle symbolique et identité. Théorie, recherche, critique*. Presses Université Laval.
- Bertrand, J. (2012). *La fabrique des footballeurs*. Paris : La Dispute.
- Bessière, S. (2005). La féminisation des professions de santé en France : Données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 17-33.
- Bidou, C. (1984). *Les aventuriers du quotidien : Essai sur les nouvelles classes moyennes*. Paris : Presses universitaires de France
- Bidou, C., Dagnaud, M., Duriez, B., Ion, J., Mehl, D., Pinçon-Charlot, M., et Tricard, J.-P. (1985). *Les classes moyennes salariées* [Rapport pour le ministère de la recherche].
- Bidou-Zachariasen, C. (2004). Les classes moyennes : définitions, travaux et controverses. *Éducation et sociétés*, 14(2), 119-134.
- Bidou-Zachariasen, C., Dagnaud, M., Duriez, B., Pinçon-Charlot, M., Tricard, J.-P., Ion, J., et Mehl, D. (1983). *Les couches moyennes salariées : Mosaïque sociologique* [Rapport pour le ministère de l'équipement et du logement]. Ministère de l'urbanisme et du logement.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogene*, 225(1), 70-88.
- Blanchard, M., Orange, S., et Pierrel, A. (2016). *Filles + sciences = une équation insoluble ? : Enquête sur les classes préparatoires scientifiques*. Paris : Rue d'Ulm.
- Blanchet, A., et Gotman, A. (2007). *L'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Blanpain, N., et Pan Ké Shon, J.-L. (1999). *La sociabilité des personnes âgées* (n° 644, INSEE Première). INSEE.
- Blickenstaff, J. C. (2005). Women and science careers. Leaky pipeline or gender filter? *Gender and Education*, 17(4), DOI : 10.1080/09540250500145072
- Bloy, G. (2005). La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : Le cas du stage chez le praticien, Abstract. *Revue française des affaires sociales*, 1, 101-125.
- Bloy, G. et F.X. Schweyer. (2010). Quand les étudiantes abordent la médecine générale. *Singuliers généralistes* (p. 347-364).
- Boaler, J., et Sengupta-Irving, T. (2006). Nature, neglect and nuance : Changing accounts of sex, gender and mathematics. In : C. Skelton, B. Francis, et N. Smulyan (dir.), *The SAGE handbook of gender and education* (p. 207-220). Londres : Sage Publications.
- Bodin, R. (2009). Les signes de l'élection. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 178(3), 80-87.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 26, 205-233.
- Bonnéry, S. (2007). *Comprendre l'échec scolaire : Élèves en difficultés et dispositifs pédagogiques*. Paris : La Dispute.
- Borzeix, A., et Maruani, M. (1982). *Le temps des chemises : La grève qu'elles gardent au cœur*.
- Bouchard, N., Gilbert, C., et Tremblay, M. (1998). L'expérience des aidantes naturelles comme pratique de genre et ses enjeux dans le devenir de nos communautés. In : P.-A. Tremblay (dir.), *Des communautés au communautaire...* (p. 79).
- Boudoncle, R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et Formation*, 35, 117-132.
- Bouffartigue, P. (2000). *Sociologie des cadres*. Paris : La Découverte.
- Bouffartigue, P., et Gadéa, C. (1997). Les ingénieurs français. Spécificités nationales et dynamiques récentes d'un groupe professionnel. *Revue française de Sociologie*, 38(2), 301. DOI : 10.2307/3322935
- Bouissou, C., et Brau-Antony, S. (2005). Réflexivité et pratiques de formation. *Carrefours de l'éducation*, 20(2), 113-122.

- Boujut, S. (2005). Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle. *Déviance et Société*, 29(2), 141-153.
- Le Bouler, S. *Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation* (2018)
- Bourdieu, P. (1965). *Un art moyen : Essai sur les usages sociaux de la photographie*. Paris : Éditions Minuit.
- Bourdieu, P. (1976). Le champ scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2(2-3), 88-104.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*. Paris : Éditions Minuit.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Éditions Minuit.
- Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62(1), 69-72. DOI : 10.3406/arss.1986.2317
- Bourdieu, P. (1989). *La noblesse d'état : Grandes écoles et esprit de corps*. Paris : Éditions Minuit.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris : Points.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., et Passeron, J.-C. (1968). *Le métier de sociologue : Préalables épistémologiques*. Mouton.
- Bourdieu, P., et Passeron, J.-C. (1964). *Les héritiers. Les étudiants et la culture*. Paris : Éditions Minuit.
- Bourdieu, P., et Passeron, J.-C. (1970). *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Éditions Minuit.
- Bourdoncle, R. (1993). La Professionnalisation des enseignants : Les limites d'un mythe : La Professionnalisation des enseignants : Les limites d'un mythe. *Revue française de pédagogie*, 105(1), 83-119. DOI : 10.3406/rfp.1993.1283
- Bourdoncle, R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche etamp; formation*, 35(1), 117-132. DOI : 10.3406/refor.2000.1674
- Bourdoncle, R. (2007). Universitarisation. *Recherche et formation*, 54, 135-149. DOI : 10.4000/rechercheformation.945
- Bourgeois, E. (2006). Tensions identitaires et engagements en formation. In : J.-M. Barbier, G. de Villiers, M. Kaddouri, et E. Bourgeois (dir.), *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan.
- Bouron, S. (2015). Les écoles de journalisme face à l'expansion du marché. Stratégies d'internationalisation et transformations des curricula. *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, 14, 245-266.
- Bouron, S., et Souanef, K. (2012). Trajectoires sociales et entrées dans la carrière de journaliste sportif. In : S. Chantegros, S. Orange, A. Pégourdie et C. Rougier (dir.) *La fabrique biographique*, (p. 101-142). Limoges : Pulim.
- Brah, A., et Phoenix, A. (2004). Ain't I a woman ? Revisiting intersectionality. *Journal of international women's studies*, 5(3), 75-86.
- Breviglieri, M., Pattaroni, L., et Stavo-Debaugé, J. (2003). Quelques effets de l'idée de proximité sur la conduite et le devenir du travail social. *Revue Suisse de Sociologie*, 29(1), 141-157.
- Bué, J., Coutrot, T., Hamon-Cholet, S., et Vink, L. (2007). *Conditions de travail : Une pause dans l'intensification du travail* (n° 1-2 ; Premières informations et premières synthèses). DARES.
- Bugeja-Bloch, F., et Couto, M.-P. (2015). *Les méthodes quantitatives*. Paris : Presses universitaires de France
- Butler, J. (1990). *Gender trouble : Feminism and the subversion of identity*. New York : Routledge.

- Cadet, J.-P., Diederichs-Diop, L., Fournie, D., et Guitton, C. (2000). Intégration, professionnalisation, mobilité : La valse à trois temps des aides éducatrices. *BrefCéreq*, 1(67), 1-4.
- Carbuccia, H. (2010). *La formation des infirmières et des infirmiers au cours du XXe siècle : De l'apprentissage du genre social au genre professionnel*. (Thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille 1, Aix-Marseille).
- Cartier, M., et Lechien, M.-H. (2012). Vous avez dit « relationnel » ? Comparer des métiers de service peu qualifiés féminins et masculins. *Nouvelles Questions Féministes*, 31(2), 32-48.
- Cartier, M., Letrait, M., et Sorin, M. (2018). Travail domestique : des classes populaires conservatrices ? *Travail, genre et sociétés*, 39(1), 63-81.
- Causse, L. (2008). Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6(2), 85-105.
- Chabaud-Rychter, D., Fougeyrollas-Schwebel, D., et Sonthonnax, F. (1985). *Espace et temps du travail domestique*. Paris : Librairie des Méridiens.
- Chabaud-Rychter, D., et Gardey, D. (2002). *L'engendrement des choses : des hommes, des femmes et des techniques*. Paris : Edition des Archives.
- Champy-Remoussenard, P. (2008). Incontournable professionnalisation. *Savoirs*, 17, 51-61. DOI : 10.3917/savo.017.0051
- Charpin, M. (2014). *La quête identitaire des infirmiers : Évolutions de l'identité professionnelle infirmière à travers son référentiel de formation*. (Mémoire de sciences politiques, IEP Grenoble, Grenoble).
- Chauvenet, A. (1974). L'infirmière hospitalière, technicienne ou travailleur social. *Projet*, 90, 1138-1148.
- Chevandier, C. (2021). *Le Comité d'entente des écoles d'infirmières (1949-2019). Un corps intermédiaire dans la formation professionnelle*. Mont-Saint-Aignan : Presses universitaires de Rouen et du Havre.
- Cheyrouze, M., et Barthe, B. (2018). Travail de nuit en 12 heures : Un « scénario de travail » élaboré par les infirmiers dans un service de réanimation. *Activités*, 15(1). DOI : 10.4000/activites.3073
- Clair, I. (2008). *Les jeunes et l'amour dans les cités*. Paris : Armand Colin.
- Clair, I. (2012). *Sociologie du genre*. Paris : Armand Colin.
- Clair, I., et Descoutures, V. (2009). *Filles et garçons d'un quartier populaire parisien*. Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris, équipe « Genre, Travail, Mobilités » (CRESPPA-GTM, UMR 7217, CNRS-Paris 8).
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses universitaires de France. DOI : 10.3917/puf.clot.2006.01
- Cogérino, G., et Mansey, M. (2010). Image du corps, idéal corporel et féminité hégémonique chez les enseignantes d'EPS. *Tréma*, 32, 95-110. DOI : 10.4000/trema.1138
- Cohen, Y. (2002). *Les sciences infirmières genèse d'une discipline : Histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Collet, I. (2005). *La masculinisation des études informatiques : Savoir, pouvoir et genre* (Thèse de doctorat, Université de Paris 10, Paris).
- Collet, I. (2015, avril 10). *Les filles toujours fâchées avec les sciences ?* [Conférence]. Genre et éducation, Nantes.
- Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought : knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. New York : Routledge.

- Concepcion, Z. (2016). *L'universitarisation de la formation infirmière. Radiographie d'une réforme dans les IFSI publics lorrains*. (Thèse de doctorat, Université de Lorraine).
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities*. Polity.
- Convert, B. (2010). Espace de l'enseignement supérieur et stratégies étudiantes. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 183(3), 14-31.
- Cordier, M. (2009). L'organisation du travail à l'hôpital : Évolutions récentes. *Études et Résultats*, 709.
- Costes, J., Houadec, V., et Lizan, V. (2008). Le rôle des professeurs de mathématiques et de physique dans l'orientation des filles vers des études scientifiques. *Éducation et formation*, 77, 55-61.
- Coudray, M.-A. (2008). La problématique des soins infirmiers aujourd'hui. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 49-55.
- Coulon, A. (2005). *Le métier d'étudiant : L'entrée dans la vie universitaire*. Paris : Anthropos Economica.
- Court, M. (2010). *Corps de filles, corps de garçons : une construction sociale*. Paris : La Dispute.
- Cousin, O. et Mispelblom Beyer, F. (2011). Le rapport au travail des cadres : un engagement paradoxal. In : P. Bouffartigue, C. Gadéa, et S. Pochic (dir.), *Cadres, classes moyennes : Vers l'éclatement ?* (p. 46-55). Paris : Armand Colin.
- Crasset, O. (2017). *La santé des artisans : De l'acharnement au travail au souci de soi*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex. A black feminist critique of discrimination doctrine, Feminist theory and antiracist practice. *Univ. of Chicago Legal Forum*, 89, 139-167.
- Cresson, G., et Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier : Le travail du care. *Nouvelles Questions Féministes*, 23(3), 26-41.
- Croguennec, Y. (2018). *La formation aux professions de santé en 2016 (hors professions médicales et pharmaceutiques)* (n° 205 ; Document de travail Série « Statistiques »). DRESS.
- Crompton, R., et Le Feuvre, N. (1997). Choisir une carrière, faire carrière : Les femmes médecins en France et en Grande-Bretagne. *Les Cahiers du Genre*, 19(1), 49-75.
- Cros, F. (2007). Le mémoire professionnel dans la formation initiale des enseignants : De quelle interdisciplinarité s'agit-il ? *Revue des sciences de l'éducation*, 24(1), 115-136. DOI : 10.7202/031964ar
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique : Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*. France : Le Seuil.
- Crozon, M., et Maitte, B. (2001). La culture scientifique en France : institutions, enjeux. *Esprit (1940-)*, 278(10), 105-119.
- Cuenca, C. (2010). Patrimoine contemporain et culture scientifique et technique. *La Lettre de l'OCIM. Musées, Patrimoine et Culture scientifiques et techniques*, 129, 21-27. DOI : 10.4000/ocim.153
- Darbus, F. (2020, décembre 3). La santé au travail dans les PME. *Les Chantiers du CENS*, Nantes (France).
- Darmon, M. (2006). *La socialisation*. Paris : Armand Colin.
- Darmon, M. (2013). *Classes préparatoires : La fabrique d'une jeunesse dominante*. Paris : La Découverte.
- Daune-Richard, A.-M. (1983). Travail professionnel et travail domestique : Le travail et ses représentations au sein de lignées féminines. *Travail et emploi*, 17, 49-55.

- Daune-Richard, A.-M. (2003). La qualification dans la sociologie française : En quête des femmes. In : J. Laufer, M. Maruani, et C Marry (dir.), *Le travail du genre. Les sciences sociales du travail à l'épreuve des différences de sexe* (p. 138-150). Paris : La Découverte.
- David, F. (1966). *Professional socialization as subjective experience : The process of doctrinal conversion among student nurses*, Sixth World Congress of Sociology Paper, Evian (France).
- David, M. (2017). *Les savoirs comme construction collective : Enquête au lycée général et en première année à l'Université*. (Thèse de doctorat, Université de Nantes, Nantes).
- De Boissieu, C. (2007). *Pour une étude du genre scolaire*. Congrès international AREF.
- De Singly, F. (1984). Les bons usages de la statistique dans la recherche sociologique. *Économie et Statistique*, 168(1), 13-21. DOI : 10.3406/estat.1984.4880
- De Terssac, G., et Maggi, B. (1996). Le travail et l'approche ergonomique. In : F. Daniellou (dir.), *L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques* (p. 77-102). Toulouse : Octarès Édition.
- Delbos, G., et Jorion, P. (1984). *La transmission des savoirs*. Paris : Éd. de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Delourme, A. (1997). *La distance intime : Tendresse et relation d'aide*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Delphy, C. (2001). *L'ennemi principal. Tome 2. Penser le genre*. Paris : Éditions Syllepse.
- Delsault, Y. (1992). *La place du maître. Une chronique des Écoles normales d'instituteurs*. Paris : L'Harmattan.
- Demazière, D., Gadea, C., et Arborio, A.-M (2009). *Sociologie des groupes professionnels : Acquis récents et nouveaux défis*. Paris : La Découverte.
- Denave, S., et Renard, F. (2015). Aspirants mécaniciens, aspirants coiffeurs. *Terrains et travaux*, 27, 59-77.
- Depoilly, S. (2014). *Filles et garçons au lycée pro rapport à l'école et rapport de genre*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Depoilly, S. (2018, novembre 15). *Des trajectoires de filles dans l'enseignement professionnel, entre socialisation scolaire et socialisation professionnelle*. Parcours et trajectoires biographiques, Poitiers (France).
- Derouet, A. (2013). De l'honnête homme au manager ? La contribution des enseignements juridiques de l'École centrale à la définition d'un ingénieur d'élite depuis 1829. *Droit et société*, 83(1), 33-47.
- Desprat, D. (2015). Une socialisation au travail émotionnel dans le métier de coiffeur. *La nouvelle revue du travail*, 6. DOI : 10.4000/nrt.2149
- Detrez, C., et Piluso, C. (2014). La culture scientifique, une culture au masculin ? *Questions de genre, questions de culture*, 27-51.
- Devreux, A.-M., et Moos, F. (2016). *Les sciences et le genre : Déjouer l'androcentrisme*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Dietrich, P., Loison, M., et Roupnel, M. (2012). 10 – Articuler les approches quantitative et qualitative. In : S. Paugam (dir.), *L'enquête sociologique* (p. 207-222). Paris : Presses universitaires de France.
- Divay, S. (2013). *Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation*. Rennes : presses de l'EHESP.
- Divay, S., et Girard, L. (2019). Éléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : La formation des infirmières et de leurs cheffes. *Recherche en soins infirmiers*, 139(4), 64-83.

- Domin, J.-P. (2015). Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 17. DOI : 10.4000/regulation.11293
- Doutreligne, S. (2006). Regards ethnologiques sur les maisons de retraite. *Horizons stratégiques*, 1(1), 98-111.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin. DOI : 10.3917/arco.duba.2015.01
- Dubar, C. (2015). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Dubar, C., et Tripiet, P. (1998). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.
- Dubois, P., Durand, C., Chave, D., et Le Maitre, G. (1976). *L'autonomie ouvrière dans les industries de série* (Rapport final). Groupe de sociologie du travail, Université Paris VII.
- Dufour, A. (1998). *Les enjeux de l'enseignement de la sociologie dans une école d'ingénieurs Analyse du curriculum de l'Institut Supérieur d'Agriculture Rhône-Alpes de 1968 à 1994* (Thèse de doctorat, Université de Lumière Lyon 2, Lyon).
- Dunezat, X. (2015). L'observation ethnographique en sociologie des rapports sociaux : Sexe, race, classe et biais essentialistes. *SociologieS*.
- Durif-Varembont, J.-P. (2003). La proximité : Une éthique de l'intime. *Le Divan familial*, 11(2), 191-201.
- Durkheim, É. (1922). *Éducation et sociologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Durkheim, É. (1938). *L'évolution pédagogique en France*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dürler, H. (2015). *L'autonomie obligatoire : Sociologie du gouvernement de soi à l'école*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Duru-Bellat, M. (1990). *L'école des filles : Quelle formation pour quels rôles sociaux ?* Paris : L'Harmattan.
- Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes : Enquêtes sur les services à domicile*. Paris : L'Harmattan.
- Duverney, D. (2006). *Le baccalauréat scientifique et son contexte depuis 1962*.
- *Enquête sur les conditions de vie des étudiant-e-s*. (2016). Observatoire de vie étudiante. Repéré à : <http://www.ove-national.education.fr/enquete/enquete-conditions-de-vie/>
- *Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales*. (2008). (n° RM2008-081P). IGAS, IGAENR.
- Evans, J. (2004). Men nurses : A historical and feminist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 321-328. DOI : 10.1111/j.1365-2648.2004.03096.x
- Eyland, I. (2017). *Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux : Construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins* (Thèse de doctorat, Université Montpellier, Montpellier).
- Eyland, I., et Jean, A. (2016). Exercice et apprentissage du métier d'infirmier : À la recherche du Care. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 40. DOI : 10.4000/edso.1552
- Falconnet, G., et Lefaucheur, N. (1975). *La fabrication des mâles*. Paris : Le Seuil.
- Falquet, J. (2011). Pour une anatomie des classes de sexe : Nicole-Claude Mathieu ou la conscience des opprimé-e-s. *Cahiers du Genre*, 50(1), 193-217.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body : Gender politics and the construction of sexuality*. New York : Basic Books.
- Felouzis, G. (1993). Interactions en classe et réussite scolaire : Une analyse des différences filles-garçons. *Revue française de Sociologie*, 34(2), 199. DOI : 10.2307/3322488

- Feroni, I., et Kober, A. (1995). L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne. *Sciences sociales et Santé*, 13(3), 35-68. DOI : 10.3406/sosan.1995.1336
- Ferrand, M. (2004). La mixité à dominance masculine : l'exemple des filières scientifiques de l'École normale supérieure d'Ulm-Sèvres. In : R. Rogers (dir.), *La mixité dans l'éducation : Enjeux passés et présents* (p. 181-193). Lyon : ENS Éditions.
- Ferrand, M., Imbert, F., et Marry, C. (1996). Femmes et sciences : une équation improbable : L'exemple des normaliennes scientifiques et des polytechniciennes. *Formation emploi*, 55, 119-120.
- Finson, K. D. (2002). Drawing a scientist : what we do and do not know after fifty years of drawings. *School Science and Mathematics*, 102(7), 335-345. DOI : 10.1111/j.1949-8594.2002.tb18217.x
- Flament, C. (1985). Une question primitive et futuriste : femmes et techniques. *BIEF*, 16, 25-41.
- Forquin, J.-C. (1997). *Les sociologues de l'éducation américains et britanniques : présentation et choix de textes*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Fortino, S. (2002). *La mixité au travail*. Paris : La Dispute.
- Fortino, S., Jeantet, A., et Tcholakova, A. (2015). Émotions au travail, travail des émotions. Présentation du corpus. *La nouvelle revue du travail*, 6. DOI : 10.4000/nrt.2071
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Fourdrignier, M. (2009). Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : Une mission impossible ? *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 108, 67-81.
- Fox, M. F. (2006). Gender, Hierarchy, and Science. In : J. S. Chafetz (dir.), *Handbook of the Sociology of Gender* (p. 441-457). Boston : Springer.
- Francequin, G. (2008). La blouse à l'hôpital. In : G. Francequin (dir.), *Le vêtement de travail, une deuxième peau* (p. 100-109). Toulouse : Érès.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance : the social structure of medical care*. New York : Atherton Press.
- Friedmann, G. (1964). *Le travail en miettes. Spécialisation et loisirs, nouvelle édition revue et augmentée*. Paris : Gallimard.
- Garcia, M.-C. (2011). Les pratiques clownesques à l'épreuve des stéréotypes de la féminité. *Sociologie de l'Art*, 17(2), 45-58.
- Gardey, D. (2001). *La dactylographe et l'expéditionnaire : Histoire des employés de bureau (1890-1930)*. Paris : Belin.
- Gardey, D., et Chabaud-Rychter, D. (2002). *L'engendrement des choses. Des hommes, des femmes et des techniques*. Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Gasparini, R. (2008). La « fabrication » des professeurs du primaire et du secondaire. Une socialisation professionnelle banale et singulière. *Recherche et formation*, 57, 103-113. DOI : 10.4000/rechercheformation.872
- Gaubert, C. (2006). *Le sens des limites : Structuration du corps des masseurs-kinésithérapeutes, définition sociale de leur compétence et imposition scolaire de la domination médicale* (Thèse de doctorat, EHESS, Paris).
- Gaudillère, J.-P. (2008). *La médecine et les sciences*. Paris : La Découverte.
- Geers, A. (2020). La féminité naturelle de la presse mindstyle : Entre essentialisation et resignification des savoirs féminins. *Recherches féministes*, 33(1), 53-73.

- *Gender Equality Index*. (2020). European Institute for Gender Equality. Repéré à : <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2020/domain/time/FR>
- Gérard, V. (2005). Les réformes hospitalières. *Revue française d'administration publique*, 113(1), 49-63.
- Giami, A., Moulin, P., et Moreau, É. (2013). La place de la sexualité dans le travail infirmier : L'érotisation de la relation de soins. *Sociologie du travail*, 55(1), 20-38. DOI : 10.4000/sdt.12902
- Gianini Belotti, E. (1974). *Du côté des petites filles*. Paris : Édition des Femmes.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice : Psychological theory and women's development*. Cambridge : Harvard University Press.
- Girard, L. (2018). *Des femmes en blanc. La « fabrication » des infirmières*. (Thèse de doctorat, Université de Bourgogne Franche-Comté, Dijon).
- Godin, B. (1999). *Les usages sociaux de la culture scientifique*. Québec : Presses Université Laval.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Éditions Minuit.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Éditions Minuit.
- Goffman, E. (1996). *La présentation de soi*. Paris : Éditions Minuit.
- Gonnin-Bolo, A. (2002). Le mémoire professionnel en IUFM. « Traduction » des savoirs, « médiation » des formateurs. *Recherche et Formation*, 40, 59-74.
- Goode, W. J. (1969). The theoretical limits of professionalization. *The semi-professions and their organization*, 266, 313.
- Goulet, O. (1999). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. In : C. Dallaire (dir.), *Soins infirmiers et société* (p. 135-155). Paris : Gaëtan Morin.
- Granger, G. G. (1993). *La science et les sciences*. Paris : Presses universitaires de France.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., et Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-274. Doi : 10.3102/01623737011003255
- Grignon, C. (1971). *L'ordre des choses. Les fonctions sociales de l'enseignement technique*. Paris : Éditions Minuit.
- Grosjean, M. (2001). La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier. *Revue internationale de psychosociologie*, 7(16), 339-355.
- Grosjean, M., et Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective*. Paris : Presses universitaires de France. DOI : 10.3917/puf.grosj.1999.01
- Grunberg, G., et Schweisguth, É. (1983). Chapitre 18. Le virage à gauche des couches moyennes salariées. In : G. Grunberg, G. Lavau, et N. Mayer (dir.), *L'Univers politique des classes moyennes* (p. 351-372). Paris : Presses de Sciences Po.
- Guérin, L. (2016). « Faire manger » et « jouer le jeu de la convivialité » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De l'intensification des contraintes de travail pendant le service des repas. *SociologieS*.
- Guillaumin, C. (1978). Pratique du pouvoir et idée de Nature (1). L'appropriation des femmes. *Questions Féministes*, 2, 5-30.
- Guillaumin, C. (1992). *Sexe, race et pratique du pouvoir : L'idée de nature*. Paris : Côté-femmes.
- Hardy-Dubernet, A.-C. (2005). Femmes en médecine : Vers un nouveau partage des professions ? *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 35-58.
- Hardy-Dubernet, A.-C. (2010). *Variations sociologiques sur le thème de la médecine* (Thèse de doctorat, Université de Nantes, Nantes).

- Hardy-Dubernet, A.-C. (2015). La formation de l'objet du travail médical. *Travail et emploi*, 141(1), 9-24.
- Harwood, J. (2010). Understanding academic drift : On the institutional dynamics of higher technical and professional education. *Minerva*, 48(4), 413-427. DOI : 10.1007/s11024-010-9156-9
- Hébrard, P. (2013). Quelle « approche par les compétences » et quels référentiels pour la formation professionnelle aux métiers de la relation humaine ? *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 30, 17-34. DOI : 10.4000/dse.189
- Héritier, F. (1996). *Masculin/féminin*. Paris : O. Jacob.
- Herman, E. (2007). La notion d'autonomie et ses impensés dans la socialisation enfantine. *Mouvements*, 49(1), 46-52.
- Herzlich, C. (1970). *Médecine, maladie et société*. Paris : Éditions de l'EHESS
- Hibou, B. (2012). *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*. Paris : La Découverte.
- Hirata, H. S., Sénotier, D., Le Doaré, H., et Laborie, F. (2000). *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris : Presses universitaires de France.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575. DOI : 10.1086/227049
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart : Commercialization of human feeling*. Oakland : University of California Press.
- Holmes Group. (1986). *Tomorrow's Teacher : A Report of The Holmes Groups*.
- Hughes, E. C. (1951). Studying the Nurse's Work. *AJN The American Journal of Nursing*, 51(5), 294-295.
- Hughes, E. C. (1958). *Men and Their Work*. Glencoe : The Free Press.
- Hughes, E. C. (1997). *Le regard sociologique : Essais choisis*. Paris : Éditions de l'EHESS.
- In-Albon, J. (2009). *Le regard du client sur la profession infirmière*. (Mémoire, HES-SO Valais).
- Iori, R. (2017). Entre universitarisation et « professionnalisation » : La formation des assistant-e-s de service social, en France et en Italie. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 138, 39-58.
- Iori, R. (2018). *À l'école du travail social. Une sociologie comparée des formations d'assistantes sociales en France et en Italie*. (Thèse de doctorat, Université Paris-Saclay, Paris).
- Iori, R. (2019). L'individu d'abord ? Les enseignements professionnels dans les formations d'assistantes sociales en France et en Italie. *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, 13(1), 253-277. DOI : 10.3917/rac.042.0253
- Isambert-Jamati, V. (1990). *Les savoirs scolaires. Enjeux sociaux des contenus d'enseignement et de leurs réformes*. Paris : Éditions Universitaires.
- Jacobi, D., Schiele, B., et Cyr, M.-F. (1990). Note de synthèse. *Revue française de pédagogie*, 91(1), 81-111. DOI : 10.3406/rfp.1990.1390
- Jacques, M.-H. (2002). Sociabilité et spatialité des lycéens de terminale : des pratiques familiales aux représentations d'avenir. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (31/1), DOI : 10.4000/osp.4822
- Jacques, M.-H. (2003). Garçons et filles de classes terminales : le filtre sexué des représentations du cursus et des intentions d'orientation post-baccalauréat. *Carrefours de l'éducation*, 15(1), 62-81.
- Jorro, A. (2011). Évaluation de l'expérience et enjeux de reconnaissance professionnelle. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 44(2), 69-83.

- Juven, P.-A., Pierru, F., et Vincent, F. (2019). *La casse du siècle : À propos des réformes de l'hôpital public*. Paris : Raisons d'agir.
- Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.
- Kergoat, D. (1982). *Les Ouvrières*. Paris : Le Sycomore.
- Kergoat, D. (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. In : H. Hirata et al. (dir.) *Dictionnaire critique du féminisme* (p. 35-44). Paris : Presses universitaires de France.
- Kergoat, P. (2001). Savoirs, qualifications, compétences : Enjeux pour l'entreprise, enjeux pour l'école. *Apprendre autrement aujourd'hui ?*
- Kergoat, P. (2007). Une redéfinition des politiques de formation. Le cas de l'apprentissage dans les grandes entreprises. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 99, 13-26.
- Kergoat, P. (2010). *Les formations par apprentissage : Un outil au service d'une démocratisation de l'enseignement supérieur ? Nec.doc.* (75), 1-27.
- Khan, S. R. (2011). *Privilege. The Making of an Adolescent Elite at St. Paul's School*. Princeton : Princeton University Press.
- Khan, S. R (2015). *La nouvelle école des élites*. Marseille : Agone.
- Knibiehler, Y. (Éd.). (1984). *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française (1880-1980)*. Paris : Hachette.
- Knibiehler, Y., et Fouquet, C. (1977). *L'histoire des mères du Moyen-Âge à nos jours*. Paris : Éd. Montalba.
- *La formation aux professions de santé (hors professions médicales et pharmaceutiques)* (2020). (Document de travail). DRESS.
- Lahire. (1993). *Culture écrite et inégalités scolaires*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Lahire, B. (1997). *Les Manières d'étudier*. Paris : La Documentation française.
- Lahire, B. (2000). *Culture écrite et inégalités scolaires. Sociologie de l'échec scolaire à l'école primaire*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Lahire, B. (2001). La construction de l'« autonomie » à l'école primaire : Entre savoirs et pouvoirs. *Revue française de pédagogie*, 135(1), 151-161. DOI : 10.3406/rfp.2001.2812
- Lahire, B. (2005). *L'esprit sociologique*. Paris : La Découverte.
- Lahire, B. (2009). Entre sociologie de la consommation culturelle et sociologie de la réception culturelle. *Idées économiques et sociales*, 155, 6-11.
- Lahire, B. (2013). *Dans les plis singuliers du social : Individus, institutions, socialisations*. Paris : La Découverte.
- Lamaurt, F., Estryn-Béhar, M., Moël, R. L., Chrétien, T., et Mathieu, B. (2011). Enquête sur le vécu et les comportements de santé des étudiants en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 105(2), 44-59.
- Lanoë, L. (2020). La rationalisation du travail d'ingénieur d'études dans les organisations publiques. *Annales des Mines - Gerer et comprendre*, 141(3), 25-43.
- Lapeyre, N., et Le Feuvre, N. (2005). Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*, 1, 59-81.
- Lapointe, P.-A., Chayer, M., Malo, F.-B., et Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(2), 164-180.
- Las Vergnas, O. (2017). Répétitions des discours sur la culture scientifique et technique et effets de la catégorisation scientifique scolaire. *Innovations*, 52(1), 85-109.
- Laughier, S., et Paperman, P. (2011). Le souci des autres. *Éthique et politique du care*. Paris : Éditions de l'EHESS.

- Laugier, S., et Molinier, P. (2009). Politiques du *care*. *Multitudes*, (2), 74-75.
- Laval, C., Vergne, F., Clément, P., et Dreux, G. (2011). *La nouvelle école capitaliste*. Paris : La Découverte.
- Le Corre, A. (2018). *Les classes préparatoires aux concours infirmiers, un enjeu de classement*. (Mémoire de M2, Université de Poitiers, Poitiers).
- Le Doueff, M. (1998). *Le sexe du savoir*. Paris : Aubier.
- Le Feuvre, N. L., Benelli, N., et Rey, S. (2012). Relationnels, les métiers de service ? *Nouvelles Questions Feministes*, 31(2), 4-12.
- Le Strat, C. (2001). Un échange de services paradoxal. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 136(1), 49-61. DOI : 10.3406/arss.2001.2710.
- Le Wita, B. (1988). *Ni vue ni connue : Approche ethnographique de la culture bourgeoise*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Le Bart, C. (2005). Christine Guionnet et Érik Neveu, Féminin/Masculin. *Sociologie du genre. Mots. Les langages du politique*, 78(2), 147-149.
- Lebeaume, J. (2014). *L'enseignement ménager en France : Sciences et techniques au féminin (1880 - 1980)*. Rennes : Presses universitaire de Rennes.
- Lebreton, D. (1984). L'effacement ritualisé du corps. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 77, 273-286.
- Lechien, M.-H. (2013). 17. « Petite bourgeoisie nouvelle » ou « nouvelles couches moyennes salariées » ? Retour sur un débat et sur un enjeu, la domination. In : P. Coulangeon et al (dir.), *Trente ans après La Distinction, de Pierre Bourdieu* (p. 255-256). Paris : La Découverte.
- Lechien, M.-H., et Arborio, A.-M. (2019). Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé. In : O. Masclet, S. Misset, et T. Poullaouec (dir.), *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires* (p. 123-129). Le Cavalier bleu éditions.
- Lecompte, H. (2013). *Une institution « totale » : Enquête ethnographique d'un service d'oncopédiatrie*. (Thèse de doctorat, Université de Nantes, Nantes).
- Lefavre, A. (2006). *L'absentéisme des aides-soignantes : Signal d'alarme d'une souffrance non entendue* (Mémoire, CNAM).
- Lemaître, D. (2001). *Formation humaine dans les écoles d'ingénieurs : Étude des conceptions contemporaines (dimensions anthropologique, éthique et culturelle)*. (Thèse de doctorat, Université de Nantes, Nantes).
- Lemaître, D. (2009). Le curriculum des grandes écoles en France : Un modèle d'analyse inspiré de Basil Bernstein. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 166, 17-26. DOI : 10.4000/rfp.1096
- Lemarchant, C. (2007). La mixité inachevée. *Travail, genre et sociétés*, 18(2), 47-64.
- Lemarchant, C. (2017). *Unique en son genre : Filles et garçons atypiques dans les formations techniques et professionnelles*. Paris : Presses universitaires de France.
- Leplat, J. (1977). Les facteurs déterminants de la charge de travail. Rapport introductif. *Le Travail Humain*, 40(2), 195-202.
- Lermusiaux, A. (2015). *L'orientation scolaire au lycée. Le façonnement de profils genrés*. (Mémoire, Université de Nantes, Nantes).
- Lermusiaux, A. (2016). *Elles et les sciences. Une affaire de domination*. (Mémoire, Université de Nantes, Nantes).
- Lermusiaux, A. (2020). L'effet des socialisations scolaire et professionnelle sur les pratiques de travail en IFSI. Une observation directe des formes du travail étudiant dans la formation en soins infirmiers. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 209, 11-28. DOI : 10.4000/rfp.9656

- Lert, F. (1996). Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 14(3), 103-115. DOI : 10.3406/sosan.1996.1370
- Lessard, C., et Bourdoncle, R. (2002). Note de synthèse. Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Conceptions de l'université et formation professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 139(1), 131-153. DOI : 10.3406/rfp.2002.2889
- Lévy-Leblond, J.-M. (1986). *Mettre la science en culture*. Nice : A.N.A.I.S.
- Liaroutzos, O. (1998). La secrétaire et les autres. Une identité professionnelle en question. *Formation Emploi*, 61(1), 73-89. DOI : 10.3406/forem.1998.2271
- Liberati, E. G. (2017). Separating, replacing, intersecting : The influence of context on the construction of the medical-nursing boundary. *Social Science et Medicine*, 172, 135-143. DOI : 10.1016/j.socscimed.2016.11.008
- Linn, M. C., et Hyde, J. S. (1989). Gender, Mathematics, and Science. *Educational Researcher*, 18(8), 17-27. DOI : 10.2307/1176462
- Longchamp, P., Toffel, K., Bühlmann, F., et Tawfik, A. (2020). *L'espace infirmier : Visions et divisions d'une profession*. Livréo-Alphil.
- Loriol, M. (2003). La construction sociale de la fatigue au travail. L'exemple du *burn out* des infirmières hospitalières. *Travail et Emploi*, 94, 65.
- Loriol, M. (2015). La souffrance au travail. *Pensée plurielle*, 38(1), 23-33.
- Löwy, I. (2006). *L'emprise du genre : Masculinité, féminité, inégalité*. Paris : La Dispute.
- Maggi, B. (2003). *De l'agir organisationnel : Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage*. Toulouse : Octarès.
- *Mal-être des étudiant.e.s en soins infirmiers : Il est temps d'agir*. (2017). FNEI.
- Malglaive, G. (1990). *Enseigner à des adultes : Travail et pédagogie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Mallon, I. (2004). *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez soi*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Mardon, A. (2010). Construire son identité de fille et de garçon. Pratiques et styles vestimentaires au collège. *Cahiers du Genre*, 49(2), 133-154.
- Maridet, M. (2016). *La khâgne, un nouveau chapitre : Élaborations et reconstructions du rapport à la lecture des étudiants en classe préparatoire littéraire* [Thèse de doctorat, Université Sorbonne Paris Cité, Paris).
- Marquier, R. (2006). *Les étudiants en soins infirmiers en 2004* (n° 55). DRESS.
- Marquier, R., et Idmachiche, S. (2006). Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001. *Les professions de santé et leurs pratiques*, 1, 35-50.
- Marro, C. (1995). Réussite scolaire en mathématiques et physique, en passage en 1re S : quelles relations du point de vue des élèves et des enseignants ? Étude différentielle suivant le sexe des élèves. *Revue française de pédagogie*, 110(1), 27-35. DOI : 10.3406/rfp.1995.1238
- Marro, C., et Vouillot, F. (1991). Représentation de soi, représentation du scientifique-type et choix d'une orientation scientifique chez des filles et des garçons de seconde. *Représentation de soi, représentation du scientifique-type et choix d'une orientation scientifique chez des filles et des garçons de seconde*, 20(3), 303-323.
- Marry, C. (1989). Femmes ingénieurs : une (ir)résistible ascension ? *Social Science Information*, 28(2), 291-344. DOI : 10.1177/053901889028002003
- Marry, C. (2004). *Les femmes ingénieurs : Une révolution respectueuse*. Paris : Belin.
- Martin, C. (2014). *Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France : Analyses micro-économétriques*. (Thèse de doctorat, Université Paris-Dauphine, Paris IX).
- Martin, C., Hourlier, S., et Cegarra, J. (2013). La charge mentale de travail : Un concept qui reste indispensable, l'exemple de l'aéronautique. *Le travail humain*, 76(4), 285-308.

- Martin, H., et Perrin, C. (2012). L'agencement hiérarchique de l'égalité. *Nouvelles Questions Féministes*, 31(2), 14-31.
- Martinand, J.-L. (1982). *Contribution à la caractérisation des objectifs de l'initiation aux sciences et techniques*. (Thèse de doctorat, Université Paris Sud, Paris).
- Maruani, M. (2011). *Travail et emploi des femmes*. Paris : La Découverte.
- Mathieu, A. M. (2016). *La juste proximité au coeur de la relation soignant-patient en fin de vie*. (Thèse de doctorat, Université de Lorraine).
- Mathieu, M. (2019). La fabrication du corps des « hôtesse de table ». Comment l'uniforme produit les classes de sexe dans la restauration. *Nouvelles Questions Féministes*, 38(2), 16-33.
- Mathieu, N.-C. (1991). *L'anatomie politique : Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris : Côte-femmes.
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, 32(3-4), 271-293.
- Membrado, M. (1993). La construction médicale de la relation thérapeutique. Pour une définition des enjeux. *Ethnologie française*, 23(4), 526-533.
- Merton, R. K., Reader, G., et Kendall, P. L. (1957). *The student-physician introductory studies in the sociology of medical education*. Harvard University Press.
- Mertz, E. (2007). *The language of law school : Learning to « think like a lawyer »*. Oxford : Oxford University Press.
- Meuret-Campfort, E. (2018). Le rapport au genre et à la classe de militantes syndicales ouvrières : Deux voies d'émancipation. *Le Mouvement Social*, 265(4), 95-110.
- Michon, S. (2008). Les effets des contextes d'études sur la politisation. *Revue française de pédagogie*, 163, 63-76.
- Millet, M. (2003). *Les étudiants et le travail universitaire : Étude sociologique*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Molina, Y. (2016). La pratique réflexive dans la formation en travail social. Le parcours de professionnalisation et le mémoire de recherche. *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(1), 68-90. DOI : 10.7202/1035195ar
- Molinier, P. (2000). Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Les Cahiers du Genre*, 28(1), 49-70.
- Molinier, P. (2003). *L'énigme de la femme active : égoïsme, sexe et compassion*. Paris : Payot.
- Molinier, P. (2009). Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : Perméabilité ou clivage ? Les aléas de la « bonne distance ». *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, 9, DOI : 10.4000/temporalites.988
- Molinier, P. (2010). Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care. *Champ psy*, 58(2), 161-174.
- Molinier, P., et Welzer-Lang. (2000). Féminité, masculinité, virilité. In : H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, et D. Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme* (p. 77). Paris : Presses Universitaire de France.
- Monchatre, S. (2007). En quoi la compétence devient-elle une technologie sociale ? Réflexions à partir de l'expérience québécoise. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 99, 29-45.
- Moreau, G. (2003). *Le monde apprenti*. Paris : La Dispute.
- Moreau, G. (2013). Apprentissage(s). Homogénéité et hétérogénéité d'un dispositif. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 183, 39-48. DOI : 10.4000/rfp.4160
- Moreau, G. (2016). L'apprenti et son maître. *Recherche formation*, 83(3), 19-31.
- Mosconi, N. (1994). *Femmes et savoir : La société, l'école et la division sexuelle des savoirs*. Paris : L'Harmattan.

- Mosconi, N. (2001). Comment les pratiques enseignantes fabriquent-elles de l'inégalité entre les sexes ? In : M. Bru et J.-J. Maurice (dir.), *Les pratiques enseignantes : Contributions plurielles*. (p. 97-109). Toulouse : Presses universitaires du Mirail.
- Mougeot, F. (2019). *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*. Toulouse : Érès.
- Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses universitaires de France.
- Muel-Dreyfus, F. (1983). *Le métier d'éducateur. Les instituteurs de 1900, les éducateurs spécialisés de 1968*. Paris : Éditions Minit.
- Muel-Dreyfus, F. (1996). *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps*. Paris : Le Seuil.
- Noble, D. (1977). *America By Design. Science, Technology, and the Rise of Corporate Capitalism*. New York : Knopf.
- Noël-Hureau, E. (2015, juin). *Universitarisation des savoirs infirmiers et professionnalisation des acteurs*. Biennale 2015 30 juin-3 juillet. Paris (France).
- Octobre, S. (2010). La socialisation culturelle sexuée des enfants au sein de la famille. *Cahiers du Genre*, 49(2), 55-76.
- Oger, C., et Ollivier-Yaniv, C. (2006). Conjuré le désordre discursif. Les procédés de « lissage » dans la fabrication du discours institutionnel. *Mots. Les langages du politique*, 81(2), 63-77.
- Ogien, A. (1987). Le travail en équipe : L'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie. *Sciences Sociales et Santé*, 5(2), 61-84. DOI : 10.3406/sosan.1987.1058.
- Olivier, A. (2018). *Étudiants singuliers, hommes pluriels. Orientations et socialisations masculines dans des formations « féminines » de l'enseignement supérieur*. (Thèse de doctorat, IEP de Paris, Paris).
- O'Lynn, C. E., et Tranbarger, R. E. (2007). History of men in nursing : a review. In : C. E. O'Lynn et R. E. Tranbarger (dir.), *Men in Nursing. History, Challenges and Opportunities* (p. 5-42). Tranbarger : Springer Pub.
- Orange, S. (2013). *L'autre enseignement supérieur : Les BTS et la gestion des aspirations scolaires*. Paris : Presses universitaires de France.
- Ouellet, L. J. (1994). *Pedal to the metal : the work lives of truckers*. Temple University Press.
- Paicheler, G. (2001). Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : Portes ouvertes ou fermées ? In : P. Aïach, D. Cebe, G. Cresson, et C. Philippe (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. (p. 179-196). Rennes : ENSP.
- Pailhé, A., Solaz, A., et Souletie, A. (2019). How do women and men use extra time? Housework and childcare after the french 35-Hour Workweek Regulation. *European Sociological Review*, 35(6), 807-824. DOI : 10.1093/esr/jcz039.
- Paillet, A. (2007). *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Paris : La Dispute.
- Palheta, U. (2012). *La domination scolaire*. Paris : Presses universitaires de France. DOI : 10.3917/puf.palhe.2012.01
- Pallascio, R., et Lafortune, L. (2000). *Pour une pensée réflexive en éducation*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Paperman, P. (2013). *Care et sentiments*. Paris : Presses universitaires de France.
- Parsons, T. (1955). *Éléments pour une sociologie de l'action*. Paris : Plon.
- Parsons, T. (1968). Professions. In : *International Encyclopedia of the Social Sciences* (p. 536-547). New York : Collier Macmillan.
- Passeron, J.-C., et De Singly, F. (1984). Différences dans la différence. Socialisation de classe et socialisation sexuelle. *Revue française de science politique*, 34(1), 48-78.

- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110, 13-20.
- Peneff, J. (1995). Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service. *Sociétés Contemporaines*, 21(1), 119-138.
DOI : 10.3406/socco.1995.1423
- Perrenoud, P. (1993). Curriculum : Le formel, le réel, le caché. In : J. Houssaye (dir.), *La pédagogie : Une encyclopédie pour aujourd'hui* (p. 61-76). Paris : ESF.
- Perrenoud, P. (2001). Fondements de l'éducation scolaire. Enjeux de socialisation et de formation. In : C. Gohier, et S. Laurin. (dir.), *Entre culture, compétence et contenu : La formation fondamentale, un espace à redéfinir* (p. 55-84). Montréal : Édition Logique.
- Perronet, C. (2017, janvier). *Filles et garçons : Tous (in)égaux devant la culture scientifique ? Colloque Sexe et genre de la culture : production, médiation, consommation.*
- Petitat, A. (1989). *Les infirmières : de la vocation à la profession.* Montréal : Boréal.
- Petitat, A. (1992a). La profession infirmière. Un siècle de mutations. In : P. Fassin et P. Aiach (dir.), *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p. 161-186). Paris : Anthropos Economica,
- Petitat, A. (1992b). Science, affectivité et singularité dans la relation de soins. *International Review of Community Development*, 28, 139. DOI : 10.7202/1033811ar
- Petrovic, C. (2004). Filles et garçons en éducation. Les recherches récentes. *Carrefours de l'éducation*, 17(1), 76-100.
- Peyronie, H. (1998). *Instituteur : des maîtres aux professeurs d'école. Formation, socialisation et manière d'être au métier.* Paris : Presses universitaires de France.
- Pfefferkorn, R. (2011). Le partage inégal des « tâches ménagères ». *Les Cahiers de Framespa. Nouveaux champs de l'histoire sociale*, 7. DOI : 10.4000/framespa.646
- Picard, D. (1983). *Du code au désir : Le corps dans la relation sociale.* Paris : Dunod.
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 83-100.
- Pierrel, A. (2020). *Des amphis d'apprentis. Genèses, structurations et composition sociale des formations en apprentissage dans l'enseignement supérieur.* (Thèse de doctorat en préparation, Université de Poitiers, Poitiers).
- Pierron, J.-P. (2017). Une institution peut-elle être ouverte. In : *Du réseau aux coopérations : De l'interdisciplinarité à l'inter-institutionnalité* (p. 144-161). Champ social.
- Piguet, C. (2008). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel.* (Thèse de doctorat, Université Catholique de Louvain et Université de Paris X, Paris).
- Pinçon, M., et Pinçon-Charlot, M. (1989). *Dans les beaux quartiers.* Paris : Le Seuil.
- Pinto, J. (1987). Le secrétariat, un métier très féminin. *Le Mouvement social*, 140, 121.
DOI : 10.2307/3778680
- Piret, A. (2004). *Description et analyse des processus de socialisation corporelle en contexte de formation professionnelle : Le cas de la formation en Soins infirmiers.* (Thèse de doctorat, Université de Namur).
- Portelli, J. P. (1993). Exposing the hidden curriculum. *Journal of Curriculum Studies*, 25(4), 343-358. DOI : 10.1080/0022027930250404
- Poullaouec, T., et Lemêtre, C. (2009). Retours sur la seconde explosion scolaire. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 167, 5-11. DOI : 10.4000/rfp.1243
- Pouly, M.-P. (2007). La promotion d'un savoir utile dans l'ordre scolaire français de la Troisième République. Le cas des langues étrangères. *Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, 6, 119-134.

- *Présentation des principaux résultats de l'enquête Conditions de vie des étudiants 2010.* (2010). Observatoire de vie étudiante.
- Qribi, A. (2008). Alternance et accompagnement de l'éducateur en formation. *Empan*, 70, 123-128. DOI : 10.3917/empa.070.0123
- Queiroz, J.-M. de. (2014). *L'école et ses sociologies*. Paris : Armand Colin.
- Quemener, N. (2016). « Ma chérie, il faut révéler ta féminité ! ». *Raisons politiques*, 62(2), 35-49.
- Quéré, O. (2019). *L'atelier de l'État. Des cadres intermédiaires en formation*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Raab, R. (2016). Le paradoxe de l'autonomie en contexte scolaire. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 41. DOI : 10.4000/edso.1663
- Rasera, F., et Renahy, N. (2013). Virilités : Au-delà du populaire. *Travail, genre et sociétés*, 29(1), 169-173.
- Ratte, E., et Imbaud, D. (2011). *Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie*. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale.
- Renisio, Y. (2016). L'origine sociale des disciplines. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 210(5), 10-27.
- *Repères et références statistiques : Enseignements, formation, recherche : [RERS 2020]*. (2020). DEPP, ministère de l'Éducation nationale.
- Rey, A. (2006). Science. In : *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert.
- Reynaud, J.-D. (1989). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin.
- Rick, O. (2008). Le travail social de (di) vision du corps en soins infirmiers. *Regards sociologiques*, 35, 65-92.
- Rigot, S. D. (2018). *L'universitarisation de la formation infirmière : Nouveaux savoirs, nouveaux profils d'étudiants et infirmiers*. (Thèse de doctorat, Université Paris 8, Paris).
- Rimbart, G. (2005). Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite. *Lien social et Politiques*, 54, 93-104. DOI : 10.7202/012862ar
- Ripa, Y. (1985). Yvonne Knibiehler (Dir.), Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980), Paris, Hachette, 1984. *Histoire de l'éducation*, 25(1), 134-135.
- Roby, C., et Albero, B. (2013). Formation des ingénieurs et SHS : les apports de deux thèses pionnières en sciences de l'éducation. *TransFormations - Recherche en Education et Formation des Adultes*, 10.
- Roby, J. (2012). *La fabrication des infirmières. Étude monographique de l'IFSI du CHU de Limoges*. (Mémoire, Université de Limoges, Limoges).
- Rodary, C., Gout, M., et Sarrouilhe, R. (1994). *Étude sur les conditions de vie professionnelle des infirmières en milieu hospitalier (Étude épidémiologique sur le stress et ses conséquences sur la santé)*. Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire.
- Roquet, P. (2009). L'émergence de l'accompagnement : Une nouvelle dimension de la formation. *Recherche et formation*, 62, 13-24. DOI : 10.4000/rechercheformation.398
- Ross-Kerr, J. C. (2003). Gender Issues. In : J. C. Ross-Kerr et M. J. Wood (dir.), *Nursing Canadian Nursing* (p. 88-99). Toronto : Mosby.
- Rothier-Bautzer, E. (2012). *Entre Cure et Care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Paris : Lamarre.
- Rouvery, L., et Tripier, P. (1973). Une nouvelle problématique des qualifications : l'exemple italien. *Sociologie du travail*, 15(2), 136-156. DOI : 10.3406/sotra.1973.1703

- Roy, B., Holmes, D., et Chouinard, V. (2011). Contribution à une éthique de la sollicitude— Masculinités et genre dans la profession infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 107(4), 38-48.
- Roy, D. (2006). *Un sociologue à l'usine. Textes essentiels pour la sociologie du travail*. Paris : La Découverte.
- Saint-Martin, M. de. (1971). *Les Fonctions sociales de l'enseignement scientifique*. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Schepens, F., et Zolesio, E. (2015). La fabrication du soignant au travail. *Travail et emploi*, 141(1), 5-7.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Schwartz, O. (1990). *Le monde privé des ouvriers : hommes et femmes du Nord*. Paris : Presses universitaires de France.
- Segrestin, D. (1985). *Le Phénomène corporatiste*. Paris : Fayard.
- Serre, D. (2009). *Les coulisses de l'état social : Enquête sur les signalements d'enfant en danger*. Paris : Raisons d'agir.
- Serre, D. (2010). Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles. *Déviance et Société*, 34(2), 149-162.
- Siblot, Y. (2006). « Je suis la secrétaire de la famille ! » La prise en charge féminine des tâches administratives entre subordination et ressource. *Genèses*, 64(3), 46-66.
- Siblot, Y., Cartier, M., Coutant, I., Masclet, O., et Renahy, N. (2015). *Sociologie des classes populaires contemporaines*. Paris : Armand Colin.
- Silverman, E., et Skinner, J. (2004). Medicare upcoding and hospitals ownership. *Journal of Health economics*, 23(2), 369-389. DOI : 10.1016/j.jhealeco.2003.09.007
- Simon, M., et Niel, X. (1999). Les effectifs et la durée de travail des médecins au 1er janvier 1999. *Études et Résultats*, 44, 1-8.
- Skeggs, B. (2014). *Des femmes respectables : Classe et genre en milieu populaire*. Marseille : Agone.
- Stasiulis, D. (1999). Feminist intersectional theorizing. In : P. Li (dir.), *Race and ethnic relations in Canada* (p. 347-397). Oxford : Oxford University Press.
- Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., et Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. Londres : University of Chicago Press.
- Svandra, P. (2009). Le care, entre disposition morale et pratique sociale. *Le blog de Svandra*. Repéré à : <http://svandra.over-blog.com>
- Tabet, P. (1979). Les Mains, les outils, les armes. *L'Homme*, 19(3/4), 5-61.
- Tanguy, L. (1980). Appropriation et privation des savoirs dans et par l'école. *Sociologie et sociétés*, 12(1), 53-67. DOI : 10.7202/001784ar
- Tanguy, L. (2000). Note de synthèse. Histoire et sociologie de l'enseignement technique et professionnel en France : un siècle en perspective. *Revue française de pédagogie*, 131(1), 97-127. DOI : 10.3406/rfp.2000.1048
- Tanguy, L. (2005). De l'éducation à la formation : quelles réformes ? *Éducation et sociétés*, 16(2), 99-122. DOI : 10.3917/es.016.0099
- Thiers-Vidal, L. (2010). *De « l'ennemi principal » aux principaux ennemis. Position vécue, subjectivité et conscience masculines de domination*. Paris : L'Harmattan.
- Thomas, J. (2013). *Corps au travail, travail des corps : Les filles dans des orientations scolaires « techniques »*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Thouvenin, P. (2004). Ethnographie de la formation des infirmières françaises. *Regards sociologiques*, 29, 35-53.

- Toffel, K. (2018). *Positions et prises de position dans la profession infirmière. La structuration d'un espace professionnel au prisme de la théorie des champs*. (Thèse de doctorat, Université de Lausanne).
- Tourmen, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : Quelques pistes de clarification et de réflexion. *Sante Publique*, 19, 15-20.
- Trépiéd, V. (2016). Solitude en EHPAD. *Gérontologie et société*, 38(149), 91-104.
- Tronto, J. (1993). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La Découverte.
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), 213-237.
- Vaquero, S. (2019). *Réussir ses TPE. Une sociologie de la domination scolaire et culturelle au sein des dispositifs pédagogiques du lycée*. (Thèse de doctorat, Université de Poitiers, Poitiers).
- Véga, A. (1995). *L'identité des infirmières hospitalières françaises : Construction et prégnance de l'image de la femme soignante*. (Thèse de doctorat, EHESS, Paris).
- Véga, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises. L'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15(3), 103-132.
DOI : 10.3406/sosan.1997.1405
- Véga, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital : L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Éditions des Archives contemporaines.
- Vergnas, O. L. (2011). L'institutionnalisation de la « culture scientifique et technique », un fait social français (1970 – 2010). *Savoirs*, 27(3), 9-60.
- Vidal, C., et Benoit-Browaey, D. (2005). *Cerveau, sexe et pouvoir*. Paris : Belin.
- Vouillot, F. (2007). L'orientation aux prises avec le genre. *Travail, genre et sociétés*, 18(2), 87-108.
- Vouillot, F. (2014). *Les métiers ont-ils un sexe ? Pour sortir des sentiers battus de l'orientation des filles et des garçons*. Paris : Belin.
- Weller, J.-M. (2002). Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide. *Sociologie du travail*, 44(1), 75-97. DOI : 10.4000/sdt.32753
- Wenner, M. (1999). *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris : Seli Arslan.
- Wharton, A. S. (2004). Femmes, travail et émotions : concilier emploi et vie de famille. *Travailler*, 12(2), 135-160.
- Wharton, A. S., et Erickson, R. I. (1993). Managing emotions on the job and at home. Understanding the consequences of multiple emotional roles. *Academy of Management Review*, 18(3), 457-486. DOI : 10.5465/amr.1993.9309035147
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137-158.
- Wittorski, R. (2008). Professionnaliser la formation : enjeux, modalités, difficultés. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 101, 105-117.
- Wittorski, R. (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.
- Young, M. F. D. (1973). Les programmes scolaires considérés du point de vue de la sociologie de la connaissance. In : J.-C. Forquin (dir.), *Les sociologues de l'éducation américains et britanniques. Présentation et choix de textes* (p. 173-199). Bruxelles : De Boeck Université.
- Zolesio, E. (2009). Des femmes dans un métier d'hommes : L'apprentissage de la chirurgie. *Travail, genre et sociétés*, 22(2), 117-133.
- Zolesio, E. (2010). " Dispositions « féminines », dispositions « masculines » ". ¿ - *Interrogations ? Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, 10, 117-126.

Table des illustrations

Tableaux

• Tableau 1 : Profil social et scolaire des étudiants et étudiantes suivis en stage	50
• Tableau 2 : Profil social et scolaire des étudiants et étudiantes suivis par entretien	54
• Tableau 3 : Part des différents bacheliers suivant les différents stades de recrutement au concours d'entrée dans l'IFSI enquêté (en %).....	65
• Tableau 4 : Part des deux sexes suivant les différents stades de recrutement au concours d'entrée dans l'IFSI enquêté (en %).....	66
• Tableau 5 : Origine sociale des étudiantes en soins infirmiers en 2017 comparativement à la structure de la population active (en %)	73
• Tableau 6 : Structure de la population étudiante en IFSI à différentes échelles territoriales (en %)	76
• Tableau 7 : Comparaison de l'origine sociale des étudiantes en soins infirmiers de Lérins et du territoire national (en %).....	77
• Tableau 8 : Origine géographique des étudiantes en soins infirmiers à Lérins en 2014 (en %)	78
• Tableau 9 : Comparaison de l'origine sociale des étudiantes en soins infirmiers à différentes échelles territoriales (en %).....	80
• Tableau 10 : Structure de la population étudiante en IFSI à différentes échelles territoriales (en %).....	83
• Tableau 11 : Structure de la population étudiante dans les différents IFSI du Département échelles territoriales (en %).....	84
• Tableau 12 : Part des connaissances dans le monde de la santé (en %)	87
• Tableau 13 : Estimation du temps de travail personnel hebdomadaire des étudiantes en soins infirmiers (en %)	102
• Tableau 14 : Nombre moyen d'interventions par cours en fonction du parcours scolaire antérieur (en %).....	142
• Tableau 15 : Nombre moyen de questions posées par les étudiantes par cours en fonction du parcours scolaire antérieur (en %).....	142
• Tableau 16 : Nombre moyen d'étudiantes inattentives par cours en fonction du parcours scolaire antérieur (en %).....	144
• Tableau 17 : Nombre moyen d'interventions par cours en fonction du parcours scolaire antérieur et du type de cours (en %).....	145
• Tableau 18 : Nombre moyen d'interventions lors des temps de restitution des connaissances en fonction du parcours scolaire antérieur (en %)	146
• Tableau 19 : Extrait des référentiels de compétences et de formations paramédicales	153
• Tableau 20 : Présentation des compétences et activités mentionnant la notion de soins dans les différents référentiels des formations paramédicales.....	154
• Tableau 21 : Nombre d'occurrences du mot « soin » dans les référentiels de formation paramédicale.....	155
• Tableau 22 : Évolution du nombre d'étudiantes de niveau baccalauréat ou équivalent déclarant avoir développé des compétences interactionnelles en fonction de l'avancement dans la formation	165

- Tableau 23 : Présentation des savoirs scientifiques au sein des programmes des IFSI de 1969 à 2012 168
- Tableau 24 : Compétences à développer en IFSI selon les programmes de 1969 à 2012 170
- Tableau 25 : Volume horaire et crédits attribués aux différents enseignements de la formation en soins infirmiers..... 172
- Tableau 26 : Liste des revues auxquelles le CDR de l'IFSI est abonné 177
- Tableau 27 : Évolution des préférences disciplinaires des anciennes bachelières S en fonction de l'avancement dans la formation..... 183
- Tableau 28 : Exemples d'emploi du temps de stagiaires infirmières 243
- Tableau 29 : Part du temps consacré en moyenne aux différentes tâches par les étudiants et étudiantes en soins infirmiers en stage (en %)..... 252
- Tableau 30 : Part des étudiantes déclarant ressentir une gêne en fonction des situations et du statut des étudiantes (en %) 407
- Tableau 31 : Compétences à développer en IFSI selon les programmes de 1969 à 2012 541

Graphiques

- Graphique 1 : Structuration de l'espace des filières scientifiques de l'enseignement supérieur en fonction du genre et de l'origine sociale (en 1re année) (en %) 27
- Graphique 2 : Espace de l'enseignement supérieur selon la composition scolaire des formations..... 33
- Graphique 3 : Origine scolaire des candidats au concours d'entrée de l'IFSI en 2014 64
- Graphique 4 : Part des femmes dans différentes formations de niveau II (en %) 67
- Graphique 5 : Répartition par âge des étudiantes en soins infirmiers de première année (en %) 68
- Graphique 6 : Part des étudiants de premières années de moins de 22 ans dans les formations de santé (non médicale) de niveau II (en %)..... 69
- Graphique 7 : Part des étudiants ayant suivi un baccalauréat général dans le secondaire en fonction de la filière suivie (en %) 70
- Graphique 8 : Baccalauréat d'origine des étudiantes en soins infirmiers en 2017 (en %) 71
- Graphique 9 : Structuration de l'espace des formations de niveau II en fonction de l'origine sociale et de la filière secondaire suivies (en %) 72
- Graphique 10 : Évolution de la part des femmes parmi les étudiantes en IFSI (en %) 74
- Graphique 11 : Évolution du recrutement scolaire des étudiantes en IFSI (en %)..... 74
- Graphique 12 : Évolution de l'origine sociale des étudiantes en soins infirmiers (en %)..... 74
- Graphique 13 : Origine sociale des étudiantes en soins infirmiers de Lérins en fonction de la PCS ménages 77
- Graphique 14 : Origine sociale des étudiantes en soins infirmiers du Département en fonction de la PCS ménages 81
- Graphique 15 : Filières secondaires suivies par les étudiantes en soins infirmiers à différentes échelles territoriales (en %)..... 82
- Graphique 16 : Structuration des formations en soins infirmiers en fonction de l'origine sociale et de la filière secondaire suivies (en %) 83
- Graphique 17 : Types de métiers de la santé fréquentés par les étudiantes en soins infirmiers (en %) 87
- Graphique 18 : Durée de travail des étudiants et étudiantes en fonction du type de formation en 2010 (en %)..... 102

• Graphique 19 : Évolution du volume horaire des stages dans la formation en soins infirmiers de 1969 à 2009.....	118
• Graphique 20 : Évolution du volume horaire des différents types d'enseignement dans les référentiels de formation en soins infirmiers	118
• Graphique 21 : Impact de la formation sur le mode de vie des étudiants en fonction des années de formation (en %).....	130
• Graphique 22 : Compétences que les étudiantes estiment avoir développé au cours de leur formation (en %)	138
• Graphique 23 : Part des étudiants et étudiantes ayant un père de classes populaires et nombre d'occurrences de « soin » dans le référentiel	156
• Graphique 24 : Évolution des compétences que les étudiantes déclarent avoir acquises au cours de la formation	163
• Graphique 25 : Part des étudiantes déclarant que la formation leur a permis de développer le sens du contact (en %)	163
• Graphique 26 : Part des étudiantes déclarant que la formation leur a permis de développer des compétences d'écoute et de relationnel en fonction du niveau de diplôme (en %).....	164
• Graphique 27 : Compétences perçues comme centrales à développer pour devenir infirmière en fonction du statut des étudiantes (en %)	180
• Graphique 28 : Évolution des compétences jugées nécessaires à acquérir pour devenir infirmières en fonction de l'avancement dans la formation (en %).....	180
• Graphique 29 : Évolution du goût pour les domaines scientifiques en fonction de l'avancement dans la formation (en %).....	181
• Graphique 30 : Préférences disciplinaires des étudiantes en soins infirmiers en fonction de leur baccalauréat d'origine (en %).....	182
• Graphique 31 : Fréquence des étudiantes ayant cité les compétences techniques parmi les compétences acquises au cours de la formation en fonction du baccalauréat d'origine (en %)	192
• Graphique 32 : Évolution de la représentation du rôle de l'infirmière en fonction de l'année de formation (en %).....	210
• Graphique 33 : Adhésion aux différentes représentations de la relation médecins/infirmières (en %).....	218
• Graphique 34 : Adhésion aux différentes représentations de la relation médecin/infirmière en fonction du statut des étudiantes (en %).....	219
• Graphique 35 : Adhésion aux différentes représentations de la relation aide-soignante/infirmière en fonction du statut des étudiantes (en %).....	221
• Graphique 36 : Évolution du temps de loisir des étudiantes en soins infirmiers en fonction de leur année de formation (en %)	226
• Graphique 37 : Part des étudiantes ayant déclarés avoir arrêté une activité au cours de la formation (en %)	226
• Graphique 38 : Fréquence de dépassement d'horaires lors des stages selon les étudiantes ...	285
• Graphique 39 : Représentation des infirmières (en %).....	385
• Graphique 40 : Positionnement des étudiantes face à la nudité et aux matières sales (en %)	406
• Graphique 41 : Compétences que les étudiantes estiment avoir développé au cours de leur formation (en %)	417
• Graphique 42 : Représentation de la valeur bienveillance en fonction de l'avancement dans la formation (en %)	418

- Graphique 43 : Priorité dans la vie exprimée par les étudiantes en soins infirmiers (en %) 451
- Graphique 44 : Fréquence de fréquentation de la famille en fonction du sexe (en %)..... 453
- Graphique 45 : Importance accordée à la valeur famille en fonction du sexe (en %) 453
- Graphique 46 : Tâches effectuées fréquemment ou quotidiennement en fonction du sexe (en %) 453
- Graphique 47 : Priorité dans la vie exprimée par les étudiantes en soins infirmiers en fonction du sexe (en %)..... 454
- Graphique 48 : Évolution des pratiques des étudiantes en soins infirmiers en matière de tabagismes et autres pratiques addictives (en %) 462
- Graphique 49 : Évolution de l'hygiène de vie des étudiants en soins infirmiers en fonction de l'avancement dans la formation..... 463

Cartes

- Carte 1 : Répartition des formations en soins infirmiers sur le territoire français..... 79

Archives

- Archives 1 : Extrait document distribué aux étudiantes dans le cadre du cours de situation éthique 127
- Archives 2 : Document présentant les étapes d'un lavage de main selon la technique présentée en IFSI 434
- Archives 3 : Grille d'intervention..... 520
- Archives 4 : Grille d'activités..... 521
- Archives 5 : Diagramme de surveillance rapprochée 549
- Archives 6 : Diagramme de soins..... 549

Schémas

- Schéma 1 : Vue d'ensemble du dispositif d'initiation à la recherche..... 175

Liste des sigles

AES : Licence administration économique et social
AMP : Aide-médico-psychologique
AS : Aide-soignante
ASH : Agent de services hospitaliers
BEP : Brevet d'études professionnelles
BCPST : Classe préparatoire biologie, chimie, physique et sciences de la Terre
CAP : Certification d'aptitudes professionnelles
CM : cours magistraux
CPGE : Classes préparatoires aux grandes écoles
DEES : Diplôme d'études supérieures spécialisées
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ES : Baccalauréat général économique et social
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
IFAS : Institut de formation d'aides-soignantes
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
IFSS : instituts de formations sanitaires et sociales de la Croix rouge Française
IUT : Institut universitaire de technologie
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IUT : Institut universitaire de technologie
L : Baccalauréat général littéraire
L1, L2, L3 : Licence 1, licence 2, licence 3 (année du cycle de licence universitaire)
LMD : Licence- Master – Doctorat. Organisation des études universitaires en trois cycles :
licence (3 ans), master (2 ans), doctorat (3 ans)
MPSI : classe préparatoire mathématiques, physique et sciences de l'ingénieur
PCSI : classe préparatoire physique, chimie et sciences de l'ingénieur
S : Baccalauréat général scientifique
SHS : Sciences humaines et sociales
SSR : Soins de suite et de réadaptation
STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives
STS : Section de technicien supérieur
ST2S : Baccalauréat technologique sciences et techniques de la santé et du social
STL : Baccalauréat technologique sciences et technologies de laboratoire
TD : Travaux dirigés
TP : Travaux pratiques
UE : Unité d'enseignement
UI : Unité d'intégration

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Le questionnaire administré contient 95 questions au total dont 71 fermées et offre la possibilité de faire un commentaire libre à l'issue de la passation. Il est composé plus précisément de trois parties et de dix sous-parties.

La première est destinée au recueil de données sur les caractéristiques sociales de l'étudiante, la seconde interroge son rapport à la formation et à la profession alors que la dernière partie porte sur la situation familiale et les modes de vie des étudiantes. Plus précisément, la première sous-partie permet de récolter des informations sur le sexe, l'âge et le statut.

Dans la deuxième partie, une première sous-partie interroge le parcours scolaire antérieur et le choix de la formation, une deuxième, le vécu de la formation. La troisième porte sur la conception du métier d'infirmière, alors que la quatrième rend compte des projets des étudiantes.

La dernière partie est divisée en cinq sous-parties. La première interroge la situation familiale, tandis que la deuxième est destinée au recueil d'informations sur la famille. Une troisième permet de saisir le mode de vie des étudiantes et une quatrième questionne le rapport à certaines valeurs. Enfin, la dernière sous-partie teste les liens que l'étudiante entretient avec le monde de la santé.

Les données recueillies par ce biais ont ensuite fait l'objet de traitements statistiques simples, bivariés et multivariés. Des tests du khi 2 ont été réalisés pour tester l'existence d'une relation significative entre les variables. Le traitement a été effectué sous Sphinx et sous Excel.



UNIVERSITÉ DE NANTES

Année 2017-2018

Devenir infirmier(ère)



Enquête réalisée par Alice Lermusiaux, dans le cadre d'une thèse de doctorat menée à l'Université de Nantes, sous la direction de Sophie Orange et Marie Cartier, portant sur la formation infirmière et plus précisément sur l'acquisition progressive de l'identité d'infirmière.

Pour toutes informations, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : alice.lermusiaux@etu.univ-nantes.fr

Conformément à la loi 78-17 du 16 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les réponses fournies resteront rigoureusement confidentielles et ne serviront qu'à l'établissement de statistiques anonymes.

<p>Nom de l'établissement :</p> <p>Année de formation :</p>

VOUS ÊTES...

1. Vous êtes... Une femme Un homme
2. Quelle est votre année de naissance ? |_|_|_|_|
3. Quelle est votre nationalité ? Française Étrangère Double nationalité
4. Quel est votre statut actuel ?
- Étudiant(s) Apprenti Salarié du privé ou CIF
(Congé individuel de formation)
- Agent de la fonction publique ou CFP Demandeur d'emploi
(Congé de formation professionnelle)

FORMATION ET PROFESSION

❖ Votre parcours scolaire et choix de formation

5. Quel baccalauréat avez-vous obtenu ?
- Aucun L (A) ES (B) S (C, D, D', E)
- STMG (STG, STT, G, H) STL (F5, F6, F7, F7') ST2S (SMS, F8) STAV (STPA, STAE)
- TMD (F11, F11') Hôtellerie STI2D, STD2A (F1A, F1E, F2, F3, F4, F9, F10, F12) Bac professionnel, précisez
6. Diriez-vous que vous étiez plutôt un élève au lycée :
- Très bon Bon Faible Très faible
7. Avez-vous déjà redoublé ? Oui Non
8. Si oui, quelle(s) classe(s) avez-vous redoublée(s) ?
-
9. Quelle était votre moyenne en terminale ?
- Entre 0 et 8 Entre 8 et 10 Entre 10 et 12
- Entre 12 et 14 Entre 14 et 16 Au-dessus de 16
10. Quelle mention avez-vous obtenue au baccalauréat ?
- Aucune Assez bien Bien Très bien
11. À quand remonte votre projet de devenir infirmier(ère) ?
- À l'enfance Au collège Au lycée
- Au cours de mes études supérieures Au cours de ma carrière professionnelle
12. Avez-vous dû abandonner certains projets de formation en raison de votre niveau scolaire ? Oui Non
13. Si oui, le(s)quel(s) ?
-

14. La formation en soins infirmiers a-t-elle été votre premier choix à l'issue du baccalauréat ? Oui Non

15. Avez-vous intégré la formation en soins infirmiers directement après le baccalauréat ? Oui Non

16. Si non, avez-vous suivi une préparation au concours d'infirmier(ère) ? Oui Non

17. Si vous avez suivi d'autres études après le baccalauréat, précisez-le

Indiquez le type de formation (BTS, IUT, Faculté...), l'intitulé (Économie sociale et familiale, ...) et le lieu (Nantes...).

Si vous avez suivi plusieurs formations, indiquez-les dans l'ordre chronologique.

18. Quel(s) diplôme(s) avez-vous obtenu(s) ?

Indiquez le niveau de diplôme (BEP, CAP, Bac, Bac +1, bac+2...), l'intitulé (Licence, BTS, DUT...) et le domaine (Biologie, Médecine...)

19. Y a-t-il des formations, secteurs, ou disciplines que vous n'auriez pas souhaité intégrer ?

20. Avez-vous déjà eu un emploi avant d'intégrer l'IFSI ? Oui Non

21. Quel(s) type(s) d'emploi(s) avez-vous exercé(s) ?

Indiquez l'intitulé et la nature de l'emploi (plein temps, temps partiel, saisonnier, travail étudiant)

22. Parmi les expressions suivantes, quelles sont les deux qui traduisent le mieux les raisons qui vous ont poussé vers la formation d'infirmier(ère) ?

Vous pouvez cocher deux cases au maximum.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pour aider à vivre la maladie | <input type="checkbox"/> Pour les interactions avec le patient | <input type="checkbox"/> Par nécessité d'avoir un travail |
| <input type="checkbox"/> Pour le prestige lié à la fonction | <input type="checkbox"/> Pour sauver des vies | <input type="checkbox"/> Pour le salaire |
| <input type="checkbox"/> Pour avoir une stabilité économique | <input type="checkbox"/> Pour faire plaisir à mes parents | |

23. Avez-vous passé plusieurs concours d'entrée en IFSI avant d'intégrer la formation ? Oui Non

24. Si oui, le(s)quel(s) ?

Indiquez les différents lieux de formation en respectant l'ordre de vos préférences. Mettre en premier celui dans lequel vous souhaitiez le plus aller. Précisez également l'année du concours.

-	-
-	-
-	-
-	-

25. Avez-vous été recalé(e) à un des oraux de sélection ? Oui Non

26. Avez-vous déjà redoublé une année à l'IFSI ? Oui, précisez l'année : Non

❖ Votre vécu de la formation

27. Quelle partie de l'alternance préférez-vous ? Stages Formation en IFSI

28. Qu'est-ce que vous préférez dans cette formation ?

Une seule réponse possible.

- Théories infirmières Sciences médicales Sciences humaines
 Études de cas Soins techniques

29. Qu'est-ce que vous appréciez le moins ?

Une seule réponse possible.

- Théories infirmières Sciences médicales Sciences humaines
 Études de cas Soins techniques

30. La formation a-t-elle eu un impact sur votre mode de vie ?

Parmi les propositions suivantes, cochez celle(s) qui vous concerne(nt). Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mon hygiène de vie s'est améliorée | <input type="checkbox"/> J'ai arrêté de fumer | <input type="checkbox"/> Je me suis mis(e) à fumer |
| <input type="checkbox"/> J'ai augmenté ma consommation de tabac | <input type="checkbox"/> Je dors mieux | <input type="checkbox"/> Je dors moins |
| <input type="checkbox"/> Je mange de manière plus équilibrée | <input type="checkbox"/> Mon alimentation est devenue irrégulière | <input type="checkbox"/> Je suis plus souvent malade |
| <input type="checkbox"/> J'ai arrêté des pratiques addictives | <input type="checkbox"/> Je me suis mis(e) à des pratiques addictives | <input type="checkbox"/> J'ai augmenté ma consommation de pratiques addictives |
| <input type="checkbox"/> Rien de tout cela | | |

31. La formation a-t-elle eu un impact sur votre vie quotidienne ?

Parmi les propositions suivantes, cochez celle(s) qui vous concerne(nt). Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ouverture aux autres | <input type="checkbox"/> Sensibilité à de nouvelles causes | <input type="checkbox"/> Confiance en soi accrue |
| <input type="checkbox"/> Perte de confiance en soi | <input type="checkbox"/> Contact avec les autres plus aisé | <input type="checkbox"/> Rien de tout cela |

32. Le temps consacré à votre temps libre (loisir + détente) a-t-il évolué depuis le début de la formation ?

- Oui, j'y consacre moins de temps Oui, j'y consacre plus de temps Non

33. Avez-vous été amené à arrêter une activité de loisir depuis le début de la formation ?

- Non Oui, précisez laquelle (lesquelles).....

34. Combien de temps consacrez-vous en moyenne au travail à la maison pour votre formation ?

Indiquez le nombre d'heures que vous y consacrez par semaine |_|_| heures

35. Avez-vous été amené à dépasser vos horaires de travail lors de vos stages ?

- Jamais Quelquefois Souvent Systématiquement

36. Si tel est le cas, qui est le plus souvent à l'initiative de cette démarche ?

Une seule réponse possible.

- Vous-même Un(e) collègue Votre supérieur(e)

37. Quelle est votre position sur ce point ?

Une seule réponse possible.

- Ça ne vous dérange pas, cela est inhérent à la fonction d'infirmier Ça vous dérange, mais vous le faites quand même
 Ça vous dérange et vous partez Vous considérez que c'est un abus

38. Dans le soin aux personnes, y a-t-il des situations qui vous mettent mal à l'aise ?

Parmi les propositions suivantes, cochez celle(s) qui vous concerne(nt). Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène. Toilette | <input type="checkbox"/> Odeurs | <input type="checkbox"/> Déjections | <input type="checkbox"/> Manque de propreté |
| <input type="checkbox"/> Démence | <input type="checkbox"/> Handicap | <input type="checkbox"/> Autres, précisez | |

39. Comment vous sentez-vous par rapport à la nudité ?

- À l'aise Légèrement gêné(e) Mal à l'aise Décomplexé(e)

40. Comment vous sentez-vous par rapport à la gestion du matériel souillé ?

- À l'aise Légèrement gêné(e) Mal à l'aise Décomplexé(e)

41. La formation a-t-elle développé chez vous de nouvelles qualités ?

Énumérez les qualités ou capacités que vous estimez avoir acquises au cours de cette formation.



Votre conception du métier

42. Selon vous, quel est le rôle principal de l'infirmier(ère) ?

Une seule réponse possible

- Apporter des soins au patient Rétablir un état de santé Être à l'écoute du patient
 Éduquer à la santé Accompagner le patient dans sa maladie Guérir le patient
 Faire de la prévention Servir de relais entre le médecin et le malade

43. Quelles sont, selon vous, les deux compétences les plus importantes à acquérir pour devenir un professionnel de santé ?

Vous pouvez cocher deux cases au maximum.

- Adaptation Clarté d'énonciation Réflexion Écoute
 Mémorisation Maîtrise des gestes techniques Observation Réflexivité
 Rapidité d'exécution Sens critique Rigueur Sens pratique

44. L'infirmier(ère) est un(e)....

Pour les affirmations suivantes, dites si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas d'accord.

Vous ne pouvez cocher qu'une seule case par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
Éducateur(trice)				
Scientifique				
Soignant(e)				
Technicien(ne)				
Psychologue				

45. Quelle est la place de l'infirmier(ère) dans l'équipe de soin ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Partenaire du médecin Sous la responsabilité du médecin Exécutant(e) du médecin
 Collaborateur(trice) de l'aide-soignante Supérieur(e) de l'aide-soignante Intermédiaire dans l'équipe soignante

46. Qui est responsable de la santé du patient ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Médecin Infirmier(ère) Aide-soignant(e) ASH Patient

47. Que faites-vous si vous apprenez que l'équipe n'est pas au complet ?

Une seule réponse possible

- Vous vous rendez disponible pour assurer le service Vous vous rendez disponible si on vous en fait la demande.
 Vous considérez que ce n'est pas à vous de pallier ce problème Vous n'y prêtez pas attention

❖ Vos projets

48. Envisagez-vous de poursuivre des études après les trois ans de formation en IFSI ?

- Oui, lesquelles..... Non

49. Quel(s) poste(s) projetez-vous de demander à la fin de vos études ?

*Précisez le secteur (public, privé lucratif, privé associatif...), le type de structure (Hôpital, ADMR, EHPAD...) et la commune.
Mettre en premier celui dans lequel vous souhaitez le plus aller.*

Secteur	Type de structure	Commune

50. Si vous envisagez de travailler dans le milieu hospitalier, dans quelle(s) spécialité(s) envisagez-vous d'exercer ?

51. Auprès de quelle population aimeriez-vous travailler ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adultes | <input type="checkbox"/> Enfants | <input type="checkbox"/> Personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Personnes handicapées | <input type="checkbox"/> Autres, précisez
..... | |

52. Où préféreriez-vous travailler ?

Une seule réponse possible.

- Dans une grande ville Dans une ville moyenne Dans une commune rurale

53. Vos projets de formation ont-ils évolué depuis le début de la formation ?

- Oui Non

54. Si oui, quel(s) étai(en)t votre(vos) ancien(s) projet(s) ?

QUELQUES QUESTIONS POUR MIEUX VOUS CONNAÎTRE

❖ Vous

55. Quelle est votre situation familiale ?

- Célibataire Veuf(ve) En couple
 Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e)

56. Si vous avez un conjoint(e), quelle est sa situation professionnelle ?

- Étudiant(e) En activité Au chômage
 Au foyer Retraité(e) En invalidité ou longue maladie

57. Quelle est sa profession ?

Soyez le plus précis possible. (S'il ou si elle est au foyer, au chômage, en invalidité ou retraité(e) précisez la dernière profession exercée).

58. Avez-vous des enfants ?

- Aucun Un Deux Trois Plus de trois

59. Envisagez-vous d'avoir des enfants dans l'avenir ? Oui, combien ? Non

60. Comment vivez-vous ?

- Seul(e) Avec votre conjoint(e) Chez vos parents
 En colocation Autres, précisez

61. Dans quelle commune résidez-vous ?

Indiquez le code postal et le nom de la commune.

||_|_|_| | _____

62. Avez-vous déménagé pour vos études ? Oui Non

63. Si oui, où résidiez-vous avant ?

Indiquez le code postal et le nom de la commune.

||_|_|_| | _____

64. Vous diriez que vous êtes...

Sélectionner les deux adjectifs qui vous représentent le mieux.

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ambitieux(se) | <input type="checkbox"/> Confiant(e) | <input type="checkbox"/> Empathique | <input type="checkbox"/> Organisé(e) |
| <input type="checkbox"/> Réfléchi(e) | <input type="checkbox"/> Sérieux(se) | <input type="checkbox"/> Soigneux(se) | <input type="checkbox"/> Stressé(e) |
| <input type="checkbox"/> Attentif(ve) aux autres | <input type="checkbox"/> Fonceur(se) | <input type="checkbox"/> Dispersé(e) | <input type="checkbox"/> Persévérant(e) |
| <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Rigoureux(se) | <input type="checkbox"/> Sportif(ve) | <input type="checkbox"/> Autres, précisez |

❖ Votre famille

65. Quelle est la situation professionnelle de votre père ?

- En activité Au chômage Retraité
 Au foyer Décédé En invalidité ou longue maladie

66. Quelle est la profession de votre père ?

Soyez le plus précis possible. (S'il est au foyer, au chômage, en invalidité ou retraité, précisez la dernière profession exercée).

67. Quel est le plus haut niveau de diplôme que votre père a atteint ?

Une seule réponse possible

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Aucun | <input type="radio"/> Certificat d'études | <input type="radio"/> Brevet des collèges |
| <input type="radio"/> CAP | <input type="radio"/> BEP | <input type="radio"/> Brevet de maîtrise professionnel |
| <input type="radio"/> Bac ou Brevet de Technicien | <input type="radio"/> Bac +2 | <input type="radio"/> Bac +3 ou +4 |
| <input type="radio"/> Bac +5 ou + | <input type="radio"/> Vous ne savez pas | <input type="radio"/> Autre, précisez..... |

68. Quelle est la situation professionnelle de votre mère ?

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> En activité | <input type="radio"/> Au chômage | <input type="radio"/> Retraité |
| <input type="radio"/> Au foyer | <input type="radio"/> Décédé | <input type="radio"/> En invalidité ou longue maladie |

69. Quelle est la profession de votre mère ?

Soyez le plus précis possible. (Si elle est au foyer, au chômage, en invalidité ou retraité, précisez la dernière profession exercée).

70. Quel est le plus haut niveau de diplôme que votre mère a atteint ?

Une seule réponse possible

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Aucun | <input type="radio"/> Certificat d'études | <input type="radio"/> Brevet des collèges |
| <input type="radio"/> CAP | <input type="radio"/> BEP | <input type="radio"/> Brevet de maîtrise professionnel |
| <input type="radio"/> Bac ou Brevet de Technicien | <input type="radio"/> Bac +2 | <input type="radio"/> Bac +3 ou +4 |
| <input type="radio"/> Bac +5 ou + | <input type="radio"/> Vous ne savez pas | <input type="radio"/> Autre, précisez..... |

71. Où vivent vos parents ?

Indiquez le(s) code(s) postal(aux) et le(s) communes.

_ _ _ _ _ _____	_ _ _ _ _ _____
--------------------	--------------------

72. Avez-vous des frères et sœurs ?

- Oui Non

73. Que font vos frères et sœurs ?

Sexe	Date de naissance	Études suivies	Niveau de diplôme	Profession

❖ Votre mode de vie

74. En dehors de l'IFSI, combien de temps par semaine consacrez-vous à ces différentes activités ?

	<i>Temps en heure</i>
Aux tâches de la vie quotidienne	
À la vie de famille	
Au temps libre (loisirs + détente)	

75. Pour chaque activité de la vie quotidienne, rendez-compte de la fréquence à laquelle vous l'effectuez

	<i>Tous les jours</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Cuisine				
Course				
Jardinage				
Ménage				
Bricolage				
S'occuper des papiers administratifs et des comptes				

76. Quelles sont vos pratiques de loisirs actuelles ?

Indiquez le(s) nom(s) du ou des sport(s), activité(s) artistique(s) ou manuelle(s) que vous pratiquez.

77. Quelles ont été vos pratiques de loisirs par le passé ?

78. Quel était votre jeu préféré lorsque vous étiez en primaire ?

79. Avez-vous un engagement associatif ou humanitaire ?

Précisez le type d'engagement que vous avez et le nom de la structure.

80. Avez-vous effectué un service civique ? Oui, précisez lequel : Non

81. Êtes-vous investi(e) dans la vie politique ou syndicale ?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Oui, je suis militant dans un parti, un syndicat
<input type="radio"/> Non, mais je m'y intéresse | <input type="radio"/> Oui, je suis adhérent dans un parti, un syndicat
<input type="radio"/> Non, ça ne m'intéresse pas |
|--|--|

82. Avez-vous un emploi en parallèle de vos études ? Oui, précisez lequel : Non

83. Durant votre temps libre, pratiquez-vous les activités suivantes ?

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
Échanger sur les réseaux sociaux				
Être avec la famille				
Regarder la télévision				
Regarder des séries sur Internet				
Jouer aux jeux vidéo				
Lire des livres				
Lire des magazines, journaux. Le(s)quel(s) ?				
Écouter de la musique				
Sortir entre ami(e)s				
Faire du shopping				
Faire des promenades				
Aller en boîte de nuit				
Aller au cinéma				
Aller à des concerts				
Aller au théâtre				
Faire du sport				
Autres, précisez.....				

84. Après de qui demandez-vous conseil pour...

	Conjoint(e)	Ami(s)	Parent(s)	Personne
Sortir				
Faire un achat exceptionnel				
Acheter des vêtements				
Inviter quelqu'un chez vous				
Prévoir vos vacances				

85. Quelles sont vos deux priorités dans la vie ?

Vous pouvez cocher deux cases au maximum.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Avoir du temps libre | <input type="checkbox"/> Obtenir une stabilité économique |
| <input type="checkbox"/> Vous épanouir personnellement | <input type="checkbox"/> Vous épanouir dans le travail |
| <input type="checkbox"/> Faire carrière | <input type="checkbox"/> Avoir une vie de famille |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez..... | |

❖ Vos valeurs

86. À votre avis, les valeurs suivantes sont...

Vous ne pouvez cocher qu'une seule case par ligne.

	Sans importance	Assez importantes	Très importantes
Humanité			
Respect des personnes			
Indépendance			
Secret professionnel			
Assistance			
Non-discrimination			
Confraternité			
Bienveillance			
Écoute			
Honneur de la profession			
Tolérance			

87. Selon vous, le mariage est...? Sans importance Assez important Très important

88. Selon vous, la famille est... Sans importance Assez important Très important

89. Quelle est votre position par rapport au droit à l'avortement

Une seule réponse possible

- Toutes les femmes doivent pouvoir en bénéficier Il doit être accordé uniquement pour raisons médicales
 Seules les femmes ayant subi un viol doivent pouvoir faire valoir ce droit Il devrait être supprimé

90. Selon vous, la contraception, c'est

Une seule réponse possible

- Une conquête intouchable de la libération des femmes et des hommes
 Il faut revenir à des méthodes naturelles de contraception
 Ce sont des méthodes à interdire

91. En matière de sexualité, vous pensez que

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Chacun est libre L'homosexualité doit être tolérée
 Les rapports sexuels avant le mariage, c'est normal L'homosexualité ne doit pas être tolérée
 Les rapports sexuels ne doivent pas avoir lieu avant le mariage

92. Avez-vous reçu une éducation religieuse ? Oui, de quelle confession ?..... Non

❖ Vos liens avec le monde de la santé

93. Connaissez-vous des personnes exerçant un métier sanitaire ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Parents Proches Frères et sœurs
 Ami(e)s Autre, précisez..... Aucun

94. Si oui, quels sont les métiers qu'ils exercent ?

95. Avez-vous déjà été amené(e) à côtoyer des infirmier(ère)s dans votre vie ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- Oui, dans le cadre d'un stage professionnel Oui, au cours d'un problème de santé
 Oui, au cours de la maladie d'un proche Oui, au cours d'un accident
 Oui, lors d'un décès Oui, pour une autre raison. Précisez.....
 Non

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !

Si vous avez des choses à rajouter ou des commentaires à faire sur ce questionnaire
ou sur votre formation en général, n'hésitez pas :

.....
.....
.....
.....
.....

À la suite de ce questionnaire, je réaliserai des entretiens avec certains d'entre vous pour discuter plus longuement de votre parcours et de la formation. Si cela vous intéresse, indiquez-le en écrivant votre **numéro de téléphone** et/ou **adresse mail** ci-dessous.

Merci d'avance pour votre collaboration, cela m'aide beaucoup dans mon travail !

Adresse mail :

Téléphone :

Annexe 2 : Grilles d'observation des enseignements en IFSI

Lors des observations au sein de l'IFSI, deux grilles ont été systématiquement utilisées :

- 1- Grille d'intervention : destinée à saisir la nature et le type d'interactions
- 2- Grille d'activités : destinée à saisir la nature et la forme du cours observé.

En parallèle, un plan de classe était rempli de manière à localiser les différentes étudiantes et une prise de note exhaustive était réalisée. Les comptes-rendus cités tout au long de la thèse en sont directement issus.

Archives 3 : Grille d'intervention

		Cours de du / / assuré par									
Sollicitation	Heure										
	Nom										
	Bac										
	Durée										
	Contenu										
	Jugement										
Main levée	Intervention prof										
	Heure										
	Nb doigt levé										
	Nom										
	Bac										
	Durée										
Spontanée	Contenu										
	Intervention prof										
	Heure										
	Nom										
	Bac										
	Durée										
Tableau	Contenu										
	Intervention prof										
	Jugement										
	Heure										
	Nom										
	Bac										

-? de compréhension (?C), proposition de réponse @, plainte (P), approfondissement (A) / Répond @, Ignore (I), Coupe@,

Archives 4 : Grille d'activités

Grille observation cours dedu/...../..... assuré par

Heure	Durée	Activité proposée	Consignes données	Position du formateur	Modalités de réalisation -Seul/en groupe -Discussion/silence

Annexe 3 : L'affranchissement du pouvoir médical saisi par le prisme de l'histoire de la formation

Une brève mise en perspective historique permet de révéler le mouvement de libération du joug médical. Alors que cette formation était autrefois largement régulée par les médecins et qu'elle véhiculait largement un positionnement d' « exécutante », elle a connu de nombreux changements qui ont contribué à éloigner les médecins de la gestion de ce cursus, ce qui a permis en partie aux infirmières de se libérer de l'emprise médicale.

Le premier texte faisant état du rôle infirmier date de 1902. Ce décret dit « Combes » entérine le lien de subordination par rapport aux médecins et place l'activité de l'infirmière du côté du malade et non des activités « de servantes » (Knibiehler, 1984). À cette période plusieurs modèles de formation se mettent progressivement en place :

- Le modèle de formation porté par le Docteur Bourneville qui crée la première école publique et laïque en 1882. L'enseignement y est dispensé par des médecins.
- Les écoles cléricales de Léonie Chaptal qui prônent l'identité professionnelle et l'autonomie par rapport aux médecins.
- Les écoles protestantes d'A. Hamilton influencées par le modèle anglais de F. Nightingale qui vise à la réhabilitation sociale du nursing et les écoles de la Croix-Rouge.

En 1922, la profession est officiellement reconnue par un décret qui établit l'infirmière comme une auxiliaire de soins technicienne et comme soumise au corps médical. Le modèle éducatif du docteur Bourneville s'impose alors. La formation se voit ainsi définie par les médecins. Elle correspond à une entreprise de laïcisation qui vise à instruire et moraliser le personnel subalterne.

La Seconde Guerre mondiale marque la première étape d'un mouvement d'affranchissement par rapport au pouvoir médical. Les progrès de la médicalisation et l'augmentation des gestes techniques à réaliser poussent les médecins à déléguer certaines tâches (Picot, 2005), de leur côté les infirmières cherchent à développer leur spécificité pour marquer leur territoire face à l'arrivée de nouvelles professions, comme les aides-soignantes notamment. Les programmes de 1951 et 1961 développent ainsi de plus en plus le profil d'une infirmière autonome.

À partir des années 1960, les associations professionnelles défendent cette idée et mettent en avant une spécificité des infirmières. La fin des années 1960 marque ainsi une étape de prise de conscience de la profession qui revendique sa singularité et les années 1970 sont le début d'une autonomisation progressive. Cela se traduit par une réforme de la formation en 1972 qui porte la trace dans son programme de l'émergence des soins infirmiers comme discipline et d'une redéfinition de l'activité infirmière. L'organisation de la formation évolue également, les médecins ne sont plus les seuls à intervenir dans la formation. En 1978, nous l'avons vu, les infirmières se voient reconnaître un « rôle propre » qui instaure des évolutions dans la prise en charge du patient et traduit un éloignement de l'emprise médicale. Au-delà du rôle d'exécutante, l'infirmière se voit attribuer plusieurs domaines qui lui sont spécifiques : les soins d'hygiène, les surveillances générales et particulières ainsi que les activités de sociothérapies. Dans ces domaines, elle n'agit plus sur prescription médicale et les aides-soignantes sont placées sous sa responsabilité.

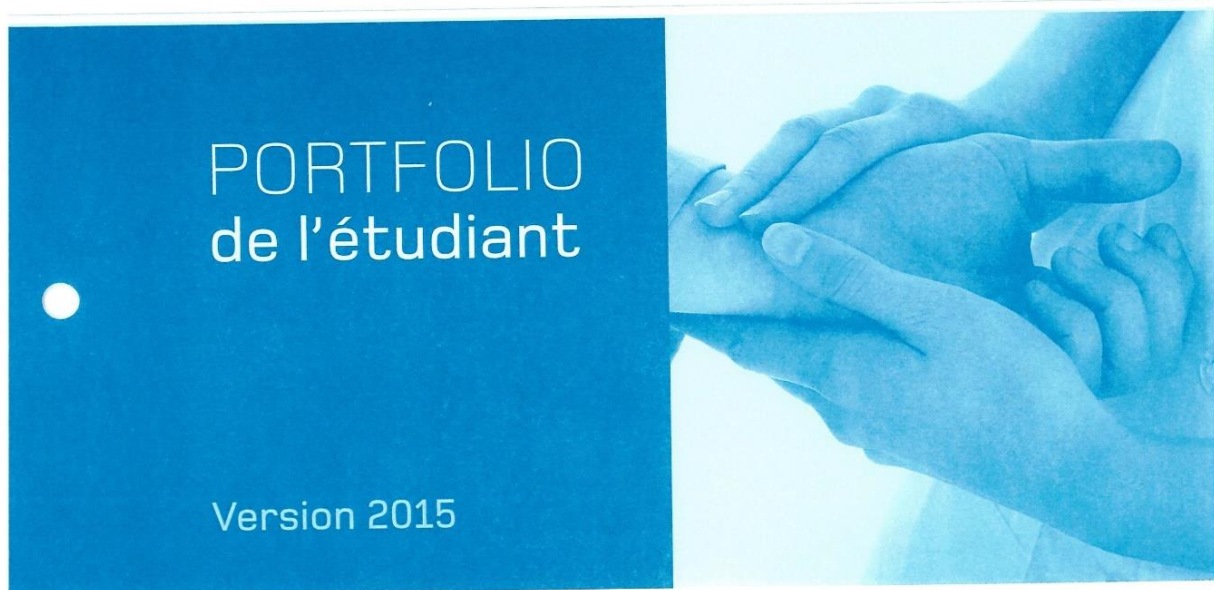
Néanmoins, cet éloignement du pouvoir médical ne s'est pas fait sans heurts. Les médecins se sont opposés à la mise en place du décret du 12 mai 1981 qui fixait une liste d'actes professionnels spécifiques aux infirmières. Une telle liste sera finalement adoptée en 1984, après une grève sans précédent des infirmières qui revendiquent son maintien.

L'histoire de la formation et de la profession laisse ainsi apparaître un mouvement d'affranchissement progressif du pouvoir médical fortement engagé, de spécialisation et de démarcation en ce qui concerne le rôle des infirmières (Paillet, 2007).

Annexe 4 : Portfolio des étudiantes en soins infirmiers

FORMATIONS DES PROFESSIONS DE SANTÉ

 Diplôme d'État d'**INFIRMIER**



Étudiant :

Prénom :

Nom :

Institut de formation en soins infirmiers :

Date d'entrée dans la formation :

Formateur responsable du suivi pédagogique de l'étudiant :

Prénom :

Nom :

Pages intérieures : 531 422 Berger-Levrault (1501) - Portfolio complet : 531 420

**Berger
Levrault** 



λ

Sommaire

Portfolio de l'étudiant :

- Objectifs..... 2
- Mon parcours de stage
 - Tableau récapitulatif des stages 3
 - Fiches par stage
(objectifs de stage – bilan intermédiaire –
analyse de situation)
- Mon parcours : acquisition des compétences
- Fiche synthèse de l'acquisition
des compétences en stage
- Mon parcours : activités de soins

Guide d'utilisation du portfolio :

- Rappel du dispositif de formation..... I
- Le métier, les compétences, le diplôme..... II
- Le rôle des acteurs III
- Récapitulatif des Unités d'enseignement
par semestre IV

Annexe 1 : Référentiel d'activités VI

Annexe 2 : Référentiel de compétences XI

Objectifs

Le portfolio vous appartient. Il est destiné à être partagé par les personnes ressources impliquées dans votre parcours de formation.

Il est **destiné au suivi de votre parcours** de formation et à la capitalisation de vos éléments de compétences acquis pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier.

Il fait le lien entre :

- vos temps de formation en institut de formation
- vos temps de formation en stage

Les objectifs principaux de cet outil sont :

- de favoriser une auto-évaluation, une analyse de votre pratique qui conduit à la professionnalisation ;
- de permettre au(x) formateur(s) intervenant dans votre parcours de formation et au tuteur de stage de coordonner leurs interventions ;
- de positionner ce que vous avez appris au regard de ce qui sera exigé en terme de niveau en fin de formation.

C'est un **outil de lisibilité** et un **guide** pour le tuteur, les professionnels qui encadrent en proximité, le formateur et pour vous, qui pouvez ainsi mieux **mesurer votre progression**.

Cet outil permet, à la fois :

- de **réaliser une évaluation** de chacun des stages alimentée par vous-même, le tuteur et le formateur référent du stage ;
- de **faire des bilans semestriels**, avec le formateur responsable de votre suivi pédagogique à l'aide des grilles de synthèse ;
- d'**effectuer un bilan de fin de formation** avant passage devant le jury final.

Les grilles vous permettront d'apprécier vos acquis et votre progression et de fixer, en relation avec votre tuteur et votre formateur, des objectifs d'amélioration ou d'apprentissage complémentaires. Ces grilles sont remplies par le tuteur et font l'objet d'un entretien avec vous.

Mon PARCOURS DE STAGE

Vous notez ici les stages que vous avez effectués.

SCD = soins de courte durée

SMPSY = soins en santé mentale et psychiatrie

SLD = soins de longue durée et soins de suites et réadaptation

SICLV = soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie

Semestre	Typologie de stage (SCD, SMPSY, SLD, SICLV)	Lieu du stage	Dates du stage	Numéro du stage

Prénom et nom de l'étudiant :

Beige-Levrault (500), tél. : 03 83 38 83 83



Analyse de situations ou activités rencontrées

SEMESTRE N° _____

STAGE N° _____

(2 situations et/ou activités à analyser par l'étudiant, selon le modèle suivant pour un stage de 10 semaines)

- L'étudiant choisit une situation professionnelle qui suscite un questionnement tel que : pourquoi, pour quelle demande, comment, en quoi, à quelles connaissances fait-on appel, quelles habiletés ont été nécessaires... ?
- L'étudiant présente cette situation avec les détails pertinents pour construire la problématique, proposer des hypothèses, rechercher des connaissances appropriées, poser d'autres questions...
- S'il est important que l'étudiant questionne la pratique des professionnels, il est essentiel qu'il se questionne sur sa propre pratique.

L'étudiant peut réaliser l'analyse sur un document annexe

1^{ère} situation ou activité

Lieu :

Présentation de la situation vécue ou de l'activité réalisée par l'étudiant :

Remarques, questionnements :

Difficultés, points à approfondir, réajustements envisagés :

Analyse : recherche de connaissances appropriées, propositions d'hypothèses...

Prénom et nom de l'étudiant :

Berger-Levrault (Syso), tél. : 03 83 38 83 83

SEMESTRE N° _____ STAGE N° _____

1

2nde situation ou activité

Lieu :

Présentation de la situation vécue ou de l'activité réalisée par l'étudiant :

Remarques, questionnements :

Difficultés, points à approfondir, réajustements envisagés :

Analyse : recherche de connaissances appropriées, propositions d'hypothèses...

●● Mon PARCOURS : acquisition des COMPÉTENCES

A remplir par l'ÉTUDIANT au cours de l'entretien avec le TUTEUR de stage

Vous cochez le niveau d'acquisition par critère. Les indicateurs présentés en annexe « référentiel de compétences » précisent à partir de quels éléments le critère peut être validé.

Semestre n° _____ Stage n° _____ Acquis = au juste niveau du diplôme et en regard du stage **Non mobilisé** = non vu, non pratiqué au cours du stage
 À améliorer = en cours d'acquisition Lieu : _____ Dates : _____

	BILAN INTERMÉDIAIRE			BILAN FINAL			COMMENTAIRES
	Non mobilisé	À améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	À améliorer	
COMPÉTENCE 1 – Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier							
Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence du diagnostic de situation clinique posé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPÉTENCE 2 – Concevoir et conduire un projet de soins infirmier							
Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence des réactions en situation d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPÉTENCE 3 – Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens							
Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPÉTENCES

	BILAN INTERMÉDIAIRE		BILAN FINAL		COMMENTAIRES
	Non mobilisé	À améliorer	Non mobilisé	À améliorer	
COMPÉTENCE 4 – Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique ou thérapeutique					
Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exactitude du calcul de dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Justesse d'utilisation des appareillages et dispositifs médicaux conforme aux bonnes pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiabilité et pertinence des données de traçabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMPÉTENCE 5 – Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs					
Pertinence de la séquence éducative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence de la démarche de promotion de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMPÉTENCE 6 – Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin					
Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Justesse dans la recherche de consentement du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10

Prénom et nom de l'étudiant :

	BILAN INTERMÉDIAIRE				BILAN FINAL				COMMENTAIRES
	Non mobilisé	À améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	À améliorer	Acquis		
COMPÉTENCE 7 – Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle									
Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence dans l'application des règles : de qualité, sécurité, ergonomie ; de traçabilité ; liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement et de la stérilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMPÉTENCE 8 – Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques									
Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMPÉTENCE 9 – Organiser et coordonner les interventions soignantes									
Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cohérence dans la continuité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiabilité et pertinence des informations transmises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COMPÉTENCE 10 – Informer, former des professionnels et des personnes en formation									
Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M



Points positifs :

Lined writing area for notes.

Axes d'amélioration :

Signature de l'étudiant :

12

Prénom et nom de l'étudiant :

Fiche SYNTHÈSE des ACQUISITIONS des COMPÉTENCES en STAGE

À remplir par l'ÉTUDIANT

Vous cochez le niveau d'acquisition par critère.

Non mobilisé = non vu, non pratiqué au cours du stage

NA = compétence non acquise ou à améliorer

Acquis = au juste niveau du diplôme et en regard du stage

	Semestre : ____		Semestre : ____		Semestre : ____		Semestre : ____		Semestre : ____		Semestre : ____	
	Non mobilisé	NA	Acquis	Non mobilisé	NA	Acquis	Non mobilisé	NA	Acquis	Non mobilisé	NA	Acquis
COMPÉTENCE 1 – Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier												
Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence du diagnostic de situation clinique posé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPÉTENCE 2 – Concevoir et conduire un projet de soins infirmier												
Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence des réactions en situation d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPÉTENCE 3 – Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens												
Adequation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Semestre : ____ STAGE : ____			Semestre : ____ STAGE : ____			Semestre : ____ STAGE : ____			Semestre : ____ STAGE : ____		
	Non mobilisé	MA	Acquis	Non mobilisé	MA	Acquis	Non mobilisé	MA	Acquis	Non mobilisé	MA	Acquis
COMPÉTENCE 4 – Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique ou thérapeutique												
Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exactitude du calcul de dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et des examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justesse d'utilisation des appareillages et dispositifs médicaux conforme aux bonnes pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiabilité et pertinence des données de traçabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPÉTENCE 5 – Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs												
Pertinence de la séquence éducative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence de la démarche de promotion de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPÉTENCE 6 – Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin												
Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justesse dans la recherche de consentement du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Semestre : _____ STAGE : _____		Semestre : _____ STAGE : _____		Semestre : _____ STAGE : _____		Semestre : _____ STAGE : _____		Semestre : _____ STAGE : _____	
	Non mobilisé	Acquis	Non mobilisé	Acquis	Non mobilisé	Acquis	Non mobilisé	Acquis	Non mobilisé	Acquis
COMPÉTENCE 7 – Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle										
Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence dans l'application des règles : de qualité, sécurité, ergonomie ; de traçabilité ; liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement et de la stérilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPÉTENCE 8 – Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques										
Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPÉTENCE 9 – Organiser et coordonner les interventions soignées										
Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence dans la continuité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiabilité et pertinence des informations transmises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPÉTENCE 10 – Informer, former des professionnels et des personnes en formation										
Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15

●● Mon PARCOURS : ACTIVITÉS DE SOINS

À remplir par l'ÉTUDIANT en lien avec le TUTEUR de stage

Ce tableau reprend les neuf activités du référentiel.

Pour le compléter, on peut se référer au référentiel d'activités disponible en annexe et aux actes inscrits dans le Code de santé publique. Le formateur référent du suivi pédagogique évalue la progression de ces apprentissages au moins une fois par an et peut proposer une modification du parcours de stage et/ou des ateliers de formation en IFSI.

ACTIVITÉS	Semestre : _____ Lieu (stage ou IFSI) : _____ Dates : du ____/____/____ au ____/____/____		Semestre : _____ Lieu (stage ou IFSI) : _____ Dates : du ____/____/____ au ____/____/____		COMMENTAIRES
	Non pratiqué	À améliorer	Acquis		
	Non pratiqué	À améliorer	Acquis	Non pratiqué	
1 - Observation et recueil de données cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 - Soins de confort et de bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 - Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 - Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

16

ACTIVITÉS DE SOINS

Annexe 5 : Analyse historique des compétences à développer dans la formation des infirmières

Tableau 31 : Compétences à développer en IFSI selon les programmes de 1969 à 2012

	Compétences scientifiques	Compétences techniques	Compétences de gestions	Compétences relatives au soin et au relationnel
1969	/	<ul style="list-style-type: none"> - Acquérir les réflexes majeurs d'asepsie - Principes généraux des soins infirmiers (56h) [...] IV- Aspect technique. Plan de soins, soins pré et post-opératoires, principes relatifs aux examens radiologiques, endoscopiques, tubages, ponctions, drainage... - Gestes d'extrême urgence 	<ul style="list-style-type: none"> - Éléments d'organisation et d'administration (24h). II-Organisation du travail administratif. Information, étude du contenu des documents. Prise de conscience de leur importance, étude de leurs circuits. - Éléments d'administration 	<ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière est la personne qui [...] est apte à assumer la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades. - La première période de 16 semaines est centrée sur [...] l'initiation progressive à la relation et aux soins infirmiers à des personnes d'âges divers - La deuxième période étudie les principes généraux qui permettent à l'élève une approche de la personne malade. - La troisième période de 16 semaines est consacrée à la famille, la mère, l'enfant. - La quatrième période envisage toute la question des personnes âgées. - Principes généraux des soins infirmiers (56h). I- Aspects psychologiques. Donner à l'élève la possibilité de comprendre les réactions de la personne soignée [...] II- Aspect éducatif. Faire découvrir à l'élève ce qu'est une relation pédagogique. La préparer au rôle d'éducatrice - Relation et enseignement (48h). En se référant aux expériences de stage, on étudie la vie relationnelle et les méthodes de formation à la relation.
1972	<ul style="list-style-type: none"> - Afin de permettre l'intégration des connaissances théoriques. - Deuxième période : L'enseignement donné en abordant la pathologie ne doit aucunement avoir pour but de conduire à un diagnostic, mais bien plutôt d'aider l'infirmière à donner des soins adaptés et efficaces. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation dans le lit, lever. - Installation et positions - Principaux prélèvements et examens sanguins - Libération des voies aériennes - Secourisme - Soins d'escarres - Principes généraux des soins infirmiers. Aspects techniques. On insistera sur les connaissances du matériel utilisé, son fonctionnement, son entretien et les moyens de le stériliser. L'importance de la connaissance du geste : précision, habilité, dextérité. [...] - Gestes d'extrême urgence 	<ul style="list-style-type: none"> Éléments d'organisation et d'administration. Organisation du travail [...] Éléments d'administration. [...] Méthode de prise de décision. 	<ul style="list-style-type: none"> - Au service des personnes en matière de santé, elle assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades. Educatrice de la santé [...]. - La première période de 16 semaines est centrée sur [...] l'initiation progressive à la relation et aux soins infirmiers à des personnes d'âges divers - La deuxième période étudie les principes généraux qui permettent à l'élève une meilleure approche de la personne malade. - La troisième période de 16 semaines est centrée sur la famille. Ils doivent permettre de mieux comprendre les problèmes pouvant se poser dans une famille. [...] Faire découvrir à l'élève les problèmes qui se posent à une future mère, à un couple et à une famille lors de la naissance. - Données élémentaires sur la vie de relation : communication avec autrui, - Deuxième période : L'enseignement donné en abordant la pathologie ne doit aucunement avoir pour but de conduire à un diagnostic, mais bien plutôt d'aider l'infirmière à donner des soins adaptés et efficaces. Car il s'agit avant tout d'apprendre à soigner des personnes et non des maladies. - Principes généraux des soins infirmiers. Aspects psychologiques. Donner à l'élève la possibilité de comprendre ses propres réactions et par là même les réactions des personnes soignées. - Relation et enseignement (48h). En se référant aux expériences de stage, on étudie la vie relationnelle et les méthodes de formation à la relation.

	Compétences scientifiques	Compétences techniques	Compétences de gestions	Compétences relatives au soin et au relationnel
1979	<p>- On s'attache au cours de cette année à développer [...], l'observation et la réflexion.</p> <p>- La démarche de soin. Il importe de faire découvrir aux élèves le schéma de l'étude d'un problème. L'acquisition de cette méthode doit leur permettre de donner des soins adaptés et individualisés. Cette démarche comporte les étapes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recueil de l'information, - analyse de la situation, - identification d'un problème, - détermination et formulation d'objectifs précis, spécifiques et mesurables, - analyse des données et choix des actions à entreprendre, mises en actions - évaluation et réajustement <p>- L'enseignement se propose d'entraîner à une démarche de soins permettant une approche individualisée du soin. Cette démarche comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation des besoins de la personne soignée du groupe concerné - la détermination d'objectifs de soins - la planification et la prestation de soins - la mise en œuvre du plan établi - l'évaluation des résultats est le réajustement éventuel d'une des actions. <p>- L'élève doit être capable de discerner l'apparition de signes pouvant faire suspecter une pathologie.</p>	<p>- Objectifs de formation : être capable d'exécuter les soins infirmiers dans leur dimension curative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secourisme - Prise de la température - Possibilité de mobilisation - Installation, position - Soins préventifs et curatifs des escarres - Ramassage d'un blessé, brancardage - Bandages - Pansements - Massage cardiaque - Libération des voies aériennes - Désinfections <p>- Au terme de chaque module, l'élève infirmière aura acquis les connaissances théoriques et techniques lui permettant de participer à l'utilisation des appareils d'exploration, de surveillance et de suppléance.</p>	<p>- Objectif de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - être capable de planifier, d'organiser [...] et d'évaluer les soins infirmiers dans toutes leurs dimensions [...] - être capable d'encadrer les personnels en formation et le personnel auxiliaire. <p>- Organisation du travail. Cette séquence a pour but de rendre l'élève capable de modifier son organisation de travail pour lui permettre une plus grande efficacité.</p>	<p>Objectifs de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - comprendre les besoins de santé - exécuter les soins infirmiers dans toutes leurs dimensions : préventive, curative, éducative, et relationnelle - collaborer avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux notamment en tant qu'éducatrice de santé. <p>- On s'attache au cours de cette année à développer les aptitudes à la relation</p> <p>- Expression et vie de relation. Ce chapitre doit donner à l'élève la possibilité de comprendre ses propres réactions afin de se connaître elle-même, de mieux connaître les autres et de découvrir les modes de relation qui sont à sa disposition.</p>
1992	<p>- Participer à la recherche dans le domaine des soins infirmiers, en matière d'épidémiologie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité.</p> <p>- L'apprentissage des diagnostics infirmiers est progressif.</p> <p>- Initiation à la recherche en soins infirmiers.</p>	<p>- Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine curatif, de réadaptation et de réhabilitation.</p> <p>- Objectifs généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déterminer, mettre en œuvre et évaluer les actions relevant du rôle propre de l'infirmier. - effectuer, seul ou en collaboration avec d'autres soignants, les prescriptions médicales. - identifier une situation d'urgence ou l'aggravation de l'état d'une personne soignée et en l'absence du médecin [...] mettre en œuvre, évaluer, noter les actions et la surveillance déterminées par le médecin responsable dans un protocole écrit de soins d'urgence. <ul style="list-style-type: none"> - Soins palliatifs - Surveillance des patients - Surveillance des complications - Pose de produits de transfusion 	<p>- Développement de la faculté d'adaptation de l'étudiant en adéquation avec la diversité des lieux d'exercice et avec l'évolution des sciences, des techniques et des besoins de santé.</p> <p>- Objectifs généraux : organiser le travail infirmier [...] ; planifier l'ensemble des soins infirmiers, participer à la gestion des stocks, à l'exécution des formalités administratives, aux études concernant la charge de travail lié aux soins infirmiers, à la gestion des informations au sein du service, à la formation continue et initiale du personnel infirmier, des personnels qu'il assistait des étudiants en soins infirmiers,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisition de moyens organisationnels - Organisation des soins 	<p>- Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif [...].</p> <p>- Démarche relationnelle. Travail de développement personnel, technique d'écoute, relation d'aide, relation d'aide thérapeutique.</p> <p>- Démarche éducative.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement de la personne en fin de vie - Aide psychologique à la personne âgée handicapée - Utilisation des médiations à la relation - Information et éducation des malades - Participation au soutien psychologique - Participation aux actions de socialisation - Participation à l'apprentissage des actes de la vie quotidienne et aide à leur réalisation

	Compétences scientifiques	Compétences techniques	Compétences de gestions	Compétences relatives au soin et au relationnel
2006	<ul style="list-style-type: none"> - Modules soins infirmiers : <ul style="list-style-type: none"> - L'apprentissage des diagnostics infirmiers est progressif. - Initiation à la recherche en soins infirmiers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine curatif, de réadaptation et de réhabilitation. - Un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers... - Objectifs généraux : <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer, mettre en œuvre et évaluer les actions relevant du rôle propre de l'infirmier. - Effectuer, seul ou en collaboration avec d'autres soignants, les prescriptions médicales. - Exécuter les prescriptions - Exercer la surveillance des personnes soignées - Identifier une situation d'urgence ou l'aggravation de l'état d'une personne soignée et en l'absence du médecin [...] mettre en œuvre, évaluer, noter les actions et la surveillance déterminées par le médecin responsable dans un protocole écrit de soins d'urgence. - Recommandations générales concernant l'étude des différentes pathologies [...] Pour toutes les pathologies sont abordés les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Participation aux explorations fonctionnelles - Réalisation des examens - Participation à la réalisation d'actes médicaux - Application et surveillance des traitements - Soins infirmiers spécifiques - Soins d'urgence - Soins pré et post opératoires - Application des règles hygiéno-diététiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de la faculté d'adaptation de l'étudiant en adéquation avec la diversité des lieux d'exercice et avec l'évolution des sciences, des techniques et des besoins de santé. - Objectifs généraux : <ul style="list-style-type: none"> - Préparer, organiser, planifier les prescriptions - Déterminer, planifier la surveillance des personnes soignées. - Organiser le travail infirmier [...] : planifier l'ensemble des soins infirmiers, participer à la gestion des stocks, à l'exécution des formalités administratives, aux études concernant la charge de travail lié aux soins infirmiers, à la gestion des informations au sein du service, à la formation continue et initiale du personnel infirmier, des personnels qu'il assistait des étudiants en soins infirmiers, - Déterminer, planifier la surveillance des personnes soignées... - Acquisition de moyens organisationnels - Organisation des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou un groupe dans le domaine préventif [...] - Recommandations générales concernant l'étude des différentes pathologies [...] Pour toutes les pathologies sont abordés les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Soutien psychologique - Participation à la prise en charge sociale - Relation avec le patient et la famille - Module soins infirmier : <ul style="list-style-type: none"> - Démarche de soins - Démarche relationnelle - Démarche éducative
2009	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement des nouveaux savoirs [...]. - L'étudiant est amené à devenir un praticien [...] réflexif - Enseignement un institut de formation 120 ECTS : sciences contributives au métier d'infirmier, sciences et rôle infirmier [...] - Compétence 1 : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmiers. - Compétence 8 : rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques. - Maquette de formation : sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes : raisonnement et démarche clinique infirmière (UE 3.1), initiation à la recherche (UE 3.4) <ul style="list-style-type: none"> - UE 3.1 s1 Les formateurs développent des méthodes pédagogiques qui mobilisent les opérations mentales du raisonnement clinique : le questionnement, l'observation, l'induction, la déduction, la pensée critique. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant est amené à devenir un praticien. - L'étudiant développe des ressources [...] en habilités gestuelles. - Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soin - Compétence 4 : mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique - Compétence 7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle. - Sciences et techniques infirmières, intervention. Total 25 ECTS. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire [...] de prendre des décisions dans les limites de son rôle [...]. - Exercer au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents [...] savent s'adapter à des situations variées. - Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soin ; - Compétence 9: Organiser et coordonner des interventions soignantes - Compétence 10 : informer et former des professionnels et des personnes en formation 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant développe des ressources [...] en capacités relationnelles. - Compétences 3: accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens - Compétences 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs - Compétences 6 : communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin

	Compétences scientifiques	Compétences techniques	Compétences de gestions	Compétences relatives au soin et au relationnel
2015	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant est amené à devenir un praticien [...] réflexif - Exercer au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement des nouveaux savoirs [...]. - L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions [...] - Compétence 1 : évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmiers. - Compétence 8: rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques. - Maquette de formation : sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes : raisonnement et démarche clinique infirmière (UE 3.1), initiation à la recherche (UE 3.4) 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant est amené à devenir un praticien. - L'étudiant développe des ressources [...] en habilités gestuelles. - Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soin - Compétence 4 : mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique - Compétence 7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle. - Sciences et techniques infirmières, intervention. Total 25 ECTS. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire [...] de prendre des décisions dans les limites de son rôle [...]. - Exercer au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents [...] savent s'adapter à des situations variées. - Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soin ; - Compétence 9: Organiser et coordonner des interventions soignantes - Compétence 10 : informer et former des professionnels et des personnes en formation 	<ul style="list-style-type: none"> - L'étudiant développe des ressources [...] en capacités relationnelles. - Compétences 3: accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens - Compétences 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs - Compétences 6 : communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin

Sources : Dépouillement des référentiels de 1969 à 2015 de la formation en soins infirmiers.

Note de lecture : Dans le référentiel de 1979, on peut lire que les élèves doivent acquérir « *développer* [...], *l'observation et la réflexion* ».

Annexe 6 : L'universitarisation de la formation en soins infirmiers

L'étude historique des évolutions de la formation permet de révéler que, comme pour plusieurs formations professionnelles²¹³ qui préparent à des postes appartenant aux catégories intermédiaires, un mouvement d'universitarisation, c'est-à-dire un rapprochement entre cette formation et l'université est amorcé depuis une dizaine d'années (Concepcion, 2016 ; Noël-Hureaux, 2015 ; Rigot, 2018 ; Roby, 2012).

En 2009, un arrêté relatif au diplôme d'État reconnaît au diplôme le grade licence, le nouveau programme d'études établi à cette occasion entérine alors un partenariat avec l'université et un fonctionnement en ECTS (crédits européens). L'universitarisation en cours dans cette formation correspond alors au sens que lui donne le rapport de l'IGAS de 2008 (Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales., 2008). Il s'agit en fait de l'introduction de la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD) à cette formation et d'un rapprochement entre le paramédical universitaire et non universitaire.

Contrairement à d'autres formations, comme celle des enseignants et des enseignantes, elle ne suppose cependant pas l'intégration spatiale des IFSI aux universités ou la délocalisation des activités administratives (Fourdrignier, 2009). L'alignement de cette formation sur le système LMD, en accord avec ce que prévoient les accords Bologne (1999) et de Prague (2001)²¹⁴, signifie plutôt que les étudiantes peuvent ensuite poursuivre leurs études à l'Université. Plusieurs masters délivrent d'ailleurs une spécialisation : l'école de cadre, la spécialisation IBOD (Infirmière de bloc opératoire) et depuis 2018, le master de pratique avancée.

Ce mouvement d'universitarisation est toujours en cours actuellement. Le rapport de S. Le Bouler (*Bilan intermédiaire de la concertation et proposition d'orientation*, 2018), daté de février 2018 atteste que cette question est pleinement au cœur des préoccupations politiques. Certaines avancées récentes poursuivent en effet ce projet. Depuis 2020, l'admission à cette formation se fait désormais via la plateforme *Parcoursup*.

²¹³ Les formations professionnelles sont définies ici dans une acception large incluant l'enseignement professionnel par voie scolaire et d'apprentissage, ainsi que les dispositifs de formation continue et de formation supérieure.

²¹⁴ La formation en soins infirmiers dépendant du Ministère des Affaires sociales et de la Santé n'est pas directement alignée sur ce système. Il faut attendre 2006 pour que les premières réflexions à ce sujet émergent.

Nous l'avons vu, un tel mouvement permet d'asseoir les compétences de la profession sur des savoirs théoriques et prestigieux (Bourdoncle, 2007 ; Goode, 1969). Dans la formation en soins infirmiers, comme dans d'autres, cela se traduit plus précisément par une disciplinarisation des savoirs et une familiarisation avec la logique de production des savoirs, à travers notamment la mise en place d'un lien avec la recherche (*cf.* Chapitre II). L'abandon d'une structure par modules d'enseignements ciblant des pathologies au profit d'unités d'enseignements disciplinaires permet d'en rendre compte. La mise en place d'enseignements dits « contributifs » : sciences humaines et biologiques et d'enseignements « constitutifs » relatifs à la discipline infirmière en est la preuve. Le mouvement d'universitarisation qui traverse la formation participe donc au processus de professionnalisation des infirmières.

Annexe 7 : Feuille de traçabilité des prélèvements

EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE

Cocher au **surligner fluorescent** (ou au crayon à bille rouge)
SURTOUT PAS DE FEUTRE

Identification du patient (ou étiquette patient) Nom : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : .. / .. / .. N°IPP :	Identification du service demandeur <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Etiquette service</td> <td>Date : .. / .. / ..</td> </tr> <tr> <td>Code UF :</td> <td>Heure du prélèvement : .. h ..</td> </tr> <tr> <td>Nom du service :</td> <td>Prescripteur :</td> </tr> <tr> <td>Tel :</td> <td>Préleveur :</td> </tr> </table>	Etiquette service	Date : .. / .. / ..	Code UF :	Heure du prélèvement : .. h ..	Nom du service :	Prescripteur :	Tel :	Préleveur :
Etiquette service	Date : .. / .. / ..								
Code UF :	Heure du prélèvement : .. h ..								
Nom du service :	Prescripteur :								
Tel :	Préleveur :								

Cadre réservé au laboratoire ()

Non conformité pré-analytique Revue saisie (Initiales) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Patient sortant ce matin

URGENCE Patient difficile à prélever

1 tube à bouchon vert bien rempli (sang)

Ionogramme <input type="checkbox"/> <i>K</i> Potassium <input type="checkbox"/> <i>IO1</i> Na, K, Cl <input type="checkbox"/> <i>IO2</i> Na, K, Cl, CO ₂ <input type="checkbox"/> <i>IO2P</i> Na, K, Cl, CO ₂ , Prot <input type="checkbox"/> <i>CA</i> Calcium <input type="checkbox"/> <i>MG</i> Magnésium <input type="checkbox"/> <i>PHOS</i> Phosphore <input type="checkbox"/> <i>OSMP</i> Osmolarité <input type="checkbox"/> <i>AMON</i> Ammonium (pochette réfrigérée) <input type="checkbox"/> <i>ACUR</i> Acide urique (uricémie) <input type="checkbox"/> <i>BILT</i> Bilirubine <input type="checkbox"/> <i>GLY</i> Glucose <input type="checkbox"/> <i>PROT</i> Protéines <input type="checkbox"/> <i>URE</i> Urée <input type="checkbox"/> <i>CREA</i> Créatinine <input type="checkbox"/> <i>UC</i> Urée + Créa <input type="checkbox"/> <i>CKDEP</i> Débit de filtration Glomérulaire <input type="checkbox"/> <i>COCF</i> Clearance Cockroft <input type="checkbox"/> <i>COCH</i> Poids :kg <input type="checkbox"/> <i>CHOL</i> Cholestérol <input type="checkbox"/> <i>TGL</i> Triglycérides <input type="checkbox"/> <i>CT</i> Chol + Trigl <input type="checkbox"/> <i>BLIP</i> Chol + Trigl +HDL+ LDL	Enzymes <input type="checkbox"/> <i>GPT</i> ALAT <input type="checkbox"/> <i>GOT</i> ASAT <input type="checkbox"/> <i>EZ1</i> ALAT + ASAT <input type="checkbox"/> <i>CK</i> CPK <input type="checkbox"/> <i>GGT</i> GGT <input type="checkbox"/> <i>LDH</i> LDH <input type="checkbox"/> <i>LIP</i> Lipase <input type="checkbox"/> <i>PAL</i> Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> <i>EZ3</i> Hépatobiliaire (ALAT+ASAT+GGT+PAL) <input type="checkbox"/> <i>EZ4</i> Biliopancréatique (LIP+ALAT+ASAT+GGT+PAL) Marqueurs cardiaques <input type="checkbox"/> <i>TPI</i> Troponine hypersensible Anémie <input type="checkbox"/> <i>FERRI</i> Ferritine <input type="checkbox"/> <i>HAPTO</i> Haptoglobine <input type="checkbox"/> <i>CSAT</i> Coeff. Saturation (Fer) Inflammation <input type="checkbox"/> <i>CRP</i> CRP <input type="checkbox"/> <i>PCAL</i> Procalcitonine <input type="checkbox"/> <i>PCTSC</i> Procalcitonine sang de cordon	Protéines <input type="checkbox"/> <i>ALB</i> Albumine <input type="checkbox"/> <i>C3</i> C3 <input type="checkbox"/> <i>C4</i> C4 <input type="checkbox"/> <i>HCGG</i> βHCG Date dernières règles :/...../..... Contexte : <input type="checkbox"/> G.E.U <input type="checkbox"/> Fausse couche Pharmacologie - Toxicologie Contexte : <input type="checkbox"/> suivi de tt <input type="checkbox"/> intoxication Traitement (obligatoire) : Posologie et mode d'administrat° : Date et H de la dernière prise : <input type="checkbox"/> <i>ALC</i> Alcool <input type="checkbox"/> <i>DEPAK</i> Ac. valproïque <input type="checkbox"/> <i>PHENO</i> Phénobarbital <input type="checkbox"/> <i>DIGOX</i> Digoxine <input type="checkbox"/> <i>PARAC</i> Paracétamol Antibiotiques <input type="checkbox"/> Pic <input type="checkbox"/> Vallée <input type="checkbox"/> X (continu - seringue électrique) <input type="checkbox"/> Gentamycine <input type="checkbox"/> Tobramycine <input type="checkbox"/> Vancomycine <input type="checkbox"/> Amikacine
---	--	--

Hormonologie - Vitamines

Renseignements cliniques :
Traitement : Levothyrox-L-Thyroxine Anti-Thyroïdiens Cordarone Autre :
 Pas de traitement

FONCTION THYROIDIENNE <input type="checkbox"/> <i>TSHS</i> TSH <input type="checkbox"/> <i>THYR2</i> T4 + TSH <input type="checkbox"/> <i>ATG</i> Anti TG <input type="checkbox"/> <i>ATPO</i> Anti TPO	SURRENALE <input type="checkbox"/> <i>COR8H</i> Cortisol 8 heures <input type="checkbox"/> <i>CYCLE</i> Cycle (8h-17h-23h) <input type="checkbox"/> <i>TSI</i> Test synacthène immédiat (T0-T30-T60)	METABOLISME <input type="checkbox"/> <i>PTH1</i> Parathormone <input type="checkbox"/> <i>VB12</i> Vitamine B12 <input type="checkbox"/> <i>VB9</i> Folates <input type="checkbox"/> <i>VD</i> Vitamine D
--	--	--

1 tube à bouchon gris (sang) <input type="checkbox"/> <i>LAC</i> Acide lactique <input type="checkbox"/> <i>GLYF</i> Glucose (hôpitaux extérieurs)	1 tube à bouchon rose (sang) <input type="checkbox"/> <i>ABNP</i> BNP
--	---

1 tube à bouchon violet (sang)

Hématologie

NF Numération + Formule
 PLA Plaquettes seules
 RETI Réticulocytes
 KLEI Kleihauer
 PALU Recherche de paludisme
 MYEL Myélogramme

Biochimie divers (1 tube en +)

HBGLY HbA1c
 EHB Electrophorèse de l'hémoglobine

1 tube à bouchon bleu bien rempli (sang)

Traitement anticoagulant : non oui lequel

Hémostase

TP TP
 INR INR
 TCA TCA
 TCK TCK (Pré-opératoire)
 FIBC Fibrinogène
 DDIM DDimères

PDF PDF
 HEP Anti Xa :
 Heure dernière prise :
 Posologie :
 ORGAR Orgaran®
 Autres :

1 tube à bouchon bleu en + (sang)

PLA1 Plaquettes citratées

1 tube à bouchon noir

vs Vitesse de sédimentation

1 tube à bouchon marron (sang)

PALB Préalbumine
 B2MIC β2microglobuline
 PEPC Peptide C

IGET IgE totales
 IG IgG
 IA IgA
 IM IgM
 GAM IgG + IgA + IgM

ES Electrophorèse des protéines (1 tube en +)
 IFS Immunofixation
 CRYO Cryoglobuline (sur RDV)

Pharmacologie - Toxicologie

Contexte : suivi de tt intoxication Posologie :
 LIS Lithium Date et Heure de la dernière prise :

Marqueurs tumoraux

ACE ACE *CA199* CA 19.9 *CA153* CA 15.3 *AFP* AFP *PSA* PSA *PSAL* PSA Libre

Hormonologie : fertilité

EST Estradiol *GFSH* FSH *GTESH* Testostérone homme *GPROL* Prolactine
 GPROG Progestérone *GLH* LH *GTESF* Testostérone femme

Sérologie

Renseignements cliniques **OBLIGATOIRES** : Grossesse : oui non

<input type="checkbox"/> <i>HIV</i> HIV Nom du prescripteur :	HEPATITE A		HEPATITE B	
	<input type="checkbox"/> <i>HAIGM</i> IgM (infection récente)	<input type="checkbox"/> <i>HAIGG</i> IgG (immunité ancienne)	Dépistage : <input type="checkbox"/> <i>AGHB</i> AgHBs <input type="checkbox"/> <i>ACHBC</i> Ac anti HBc	
<input type="checkbox"/> <i>MNI</i> MNI (Mononucléose infectieuse) <input type="checkbox"/> <i>EBV</i> Sérologie EBV	<input type="checkbox"/> <i>HC</i> HEPATITE C		Contrôle guérison ou vaccination : <input type="checkbox"/> <i>AHBS</i> Ac anti HBs	
	<input type="checkbox"/> <i>CMV</i> IgG + IgM	<input type="checkbox"/> <i>RUB</i> Rubéole	<input type="checkbox"/> <i>BW</i> Syphilis	<input type="checkbox"/> <i>TOXOG</i> Toxoplasmose (grossesse)
				<input type="checkbox"/> <i>TOXO</i> Toxoplasmose (hors grossesse)

1 tube à bouchon beige (urines)

CC24 Clairance de la créatinine (créatinine sanguine indispensable)
 OSMU Osmolarité urinaire

Volume /24H :
 Echantillon

Biochimie des urines		Toxicologie des urines
<input type="checkbox"/> <i>IOU1</i> Na/K <input type="checkbox"/> <i>CL24</i> Cl <input type="checkbox"/> <i>UR24</i> Urée <input type="checkbox"/> <i>CRE24</i> Créatinine <input type="checkbox"/> <i>AU24</i> Acide urique <input type="checkbox"/> <i>CA24</i> Calcium <input type="checkbox"/> <i>PHO24</i> Phosphore <input type="checkbox"/> <i>MG24</i> Magnésium <input type="checkbox"/> <i>SR24</i> Glucose <input type="checkbox"/> <i>PU24</i> Protéines <input type="checkbox"/> <i>MAU</i> Micro Albumine	Rapport microalb./créa : - <input type="checkbox"/> <i>MAU</i> <input type="checkbox"/> <i>CRE24</i> Rapport prot./créa : <input type="checkbox"/> <i>PU24</i> <input type="checkbox"/> <i>CRE24</i> <input type="checkbox"/> <i>ACETU</i> Acétone <input type="checkbox"/> <i>COR24</i> Cortisol urinaire <input type="checkbox"/> <i>SGU</i> Sang <input type="checkbox"/> <i>PHU</i> pH <input type="checkbox"/> <i>DENSU</i> Densité <input type="checkbox"/> <i>EU</i> Electrophorèse urinaire <input type="checkbox"/> <i>IFU</i> Immunofixation des protéines urinaires (Rech. de BENICE JONES)	Médicaments ingérés (obligatoire) : Heure de la dernière prise : <input type="checkbox"/> <i>CAN</i> Cannabis <input type="checkbox"/> <i>COC</i> Cocaïne <input type="checkbox"/> <i>OPI</i> Opiacés <input type="checkbox"/> <i>AMPH</i> Amphétamines <input type="checkbox"/> <i>BENZD</i> Benzodiazépines <input type="checkbox"/> <i>ATCU</i> Antidépresseurs tricycliques (Autres, préciser) :

Annexe 8 : Feuilles de traçabilité des patients

Archives 5 : Diagramme de surveillance rapprochée

Service : _____ Chambre : _____ Médecin référent : _____

Date : _____

Heure																				
Température																				
Pouls																				
Tension artérielle																				
Fréquence respiratoire et/ou saturation																				
Conscience																				
Douleur																				
Urines																				
Reprise boisson																				
Reprise alimentation																				
Pansement																				
Autres																				
Initiales																				

D-GRI-DE-078 - 2 - Mis à jour le 06/03/07

Archives 6 : Diagramme de soins

ETIQUETTE

SERVICE : _____

MEDECIN REFERENT : _____

MOIS	DATE																													
		TA noir	URINES vert	POULS rouge	T° bleu	Ma	Mi	S	N	Ma	Mi	S	N	Ma	Mi	S	N	Ma	Mi	S	N	Ma	Mi	S	N	Ma	Mi	S	N	
XXV		2,5 L	140	40°																										
XX		2 L	120	39°																										
XV		1,5 L	100	38°																										
X		1 L	80	37°																										
V		0,5 L	60	36°																										
		SCORE DOULEUR																												
TAILLE :		Poids :																												
		IMC :																												
AUTRES EXAMENS	BILAN SANGUIN																													
	BILAN URINAIRE																													
	AUTRES																													



Titre : La conquête des sciences et des techniques par les infirmières : une évolution qui ne révolutionne pas l'ordre du genre

Mots clés : Enseignement supérieur, Formation en soins infirmiers, Sciences, Technique, Genre

Résumé :

Jusqu'à présent, les travaux de recherche ont montré que les filières scientifiques étaient l'apanage des hommes, néanmoins certaines voies où l'enseignement scientifique est important sont féminisées. C'est notamment le cas de la santé et des études paramédicales. En partant de l'étude de la formation en soins infirmiers, une filière largement féminisée, cette thèse analyse ce qui se joue dans cet « autre champ scientifique », celui qui est dominé et peu reconnu comme tel. Au-delà de cette étude, il s'agit de comprendre les effets de la transmission des cultures scientifiques et techniques sur la (re)production d'une socialisation genrée dans ce cursus.

Le suivi de cohorte fictif réalisé par une passation de questionnaires et des entretiens répétés, complété par des observations en classe et sur les lieux de stage professionnels révèle comment cette formation produit des infirmières « scientifique du care » en réponse aux enjeux de professionnalisation et aux évolutions du travail infirmier. Elle contribue par ce biais à la fois à la transmission d'une forme spécifique de *care* et à la production d'un « style de féminité » singulier, mais aussi à l'inculcation d'un positionnement social, façonnant ainsi une nouvelle forme « d'éternel féminin ».

Title : The conquest of sciences and techniques by nursing : an evolution which not revolution gender

Keywords : Higher education, Nursing training, Sciences, Techniques, Gender

Abstract :

Until now, research has shown that sciences courses are the prerogative of men. However, some fields where science education is important are feminized. This is especially true in Health or paramedical studies.

The study of nursing training, a heavily feminized field, reveals what is played out in this "other scientific field" which is dominated and underestimated as such. Moreover, this thesis shows the effect of the transmission of scientific and technical culture on gender socialization.

The monitoring of a group of students, produced through a statistical survey, completed by repeated face-to-face interviews and observations in courses, enables us to highlight that nursing training produces "scientific of care" nurses in response to the challenge of professionalization and nursing job's transformation.

In this way, it contributes both to the transmission of a specific form of care and to the production of a singular "style of femininity", but also prepares to a social positioning, therefore shaping a new form of "eternal feminine".