HAL
open science

Des femmes en blanc : La “ fabrication ” des infirmières

Lucile Girard

To cite this version:

Lucile Girard. Des femmes en blanc : La “ fabrication ” des infirmières. Sociologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2018. Français. NNT : 2018UBFCH019 . tel-01943781

HAL Id: tel-01943781

https://theses.hal.science/tel-01943781

Submitted on 4 Dec 2018

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

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

THESE DE DOCTORAT DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

PREPAREE A L'UNIVERSITE DE BOURGOGNE

Ecole doctorale

Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps (SEPT)

Doctorat de Sociologie

Par

Mme Girard Lucile

Des Femmes en Blanc

La « fabrication » des infirmières

Thèse présentée et soutenue à Dijon, le 5 novembre 2018

Composition du Jury :

M. Gadéa Charles	Professeur de Sociologie, Université Paris-Nanterre	Président et Rapporteur
Mme Anchisi Annick	Professeure HES ordinaire en Sociologie, HESAV	Rapporteur
Mme Arborio Anne-Marie	McF en Sociologie, Aix-Marseille Université	Examinatrice
Mme Hardy Anne-Chantal	Directrice de recherche en Sociologie, Université de Nantes	Examinatrice
M. Marcel Jean-Christophe	Professeur de Sociologie, Université de Bourgogne	Codirecteur de thèse
M. Schepens Florent	Professeur de Sociologie, Université de Franche-Comté	Codirecteur de thèse

Remerciements

Arrivée au terme de ce travail de recherche, je souhaite remercier les personnes qui ont contribué à son aboutissement :

Florent Schepens, pour m'avoir initiée à la recherche et pour avoir guidé ce travail dans la durée. Merci pour l'autonomie que vous m'avez laissé dans la conduite de ce travail, pour nos discussions sociologiques éclairantes et vos conseils toujours affûtés. Ce travail vous doit beaucoup.

Jean-Christophe Marcel, pour avoir accepté d'assurer la direction de cette recherche en cours de route. Merci, pour le regard bienveillant que tu as porté sur ce travail, pour tes remarques, tes suggestions et pour ton soutien.

Michèle Dion, pour avoir assuré la direction de la première partie de cette recherche. Merci pour nos discussions enrichissantes et pour votre disponibilité, y compris dans les derniers temps de l'écriture.

Je remercie également toutes les personnes sans qui ce travail n'aurait pas été possible, les infirmières, les cadres de santé et bien sûr les étudiantes qui ont accepté de me consacrer leur temps.

Merci aux cadres formatrices, aux cadres formateurs et à l'équipe de direction pour leur disponibilité et l'intérêt qu'elles et ils ont porté à cette recherche.

Un grand merci aux étudiantes et aux étudiants qui ont accepté.e.s de me rencontrer une ou plusieurs fois durant leurs années d'étude et qui ont partagé avec moi leurs expériences et leurs ressentis.

Merci à celle qui s'appelle ici Louise, pour m'avoir ouvert les portes de son service. Mes remerciement vont également à l'ensemble des professionnel.le.s de l'équipe : infirmières, aides-soignantes et ASH pour m'avoir accueillie pendant ces quelques mois, ainsi qu'aux étudiant.e.s avec qui j'ai partagé ces moments de stage.

Je remercie également les membres des jurys du concours et les candidat.e.s qui ont accepté ma présence pendant le déroulement des épreuves.

Merci enfin, aux infirmier.e.s qui ont accepté de revenir sur leurs parcours et de me raconter les encadrements des étudiant.e.s.

Je veux adresser ici des remerciements tout particuliers à l'équipe du département de Sociologie, pour m'avoir fait partager un peu de cette « vie universitaire ». Merci à Maryse pour vos attentions discrètes. Merci à Georges pour avoir accepté que j'ajoute (un peu) de bazar dans ton bureau. Merci à Matthieu pour ton humour et ta bonne humeur : « positif à bloc ! ». Merci à Virginie pour l'énergie stimulante dont tu fais preuve. Ça a été un réel plaisir de travailler avec toi. Merci à Hervé, pour ton enthousiasme.

Je voudrais aussi remercier mes compagnons de recherche, Charles et Myriam pour nos discussions à la fois stimulantes et rassurantes. Merci aussi à Pierre, pour tous ces moments partagés dans et hors du « champ » de la sociologie. Je suis heureuse que nos chemins se soient croisés !

Je souhaite adresser des remerciements chaleureux à mes relectrices : Julie, Aurore, Myriam. Merci d'avoir traqué les coquilles et de m'avoir fait des suggestions !

Un remerciement tout particulier à de l'équipe de l'Expé : Lionel, Elise, Coralie, Sophie, Juliette, pour m'avoir fait découvrir la vulgarisation scientifique, qui permet de voir le travail de thèse autrement. Et aux doctorant.e.s rencontré.e.s à l'occasion de ces sessions. Votre bonne humeur est une aide précieuse dans les périodes de creux !

Je voudrais également remercier ici toutes celles et tous ceux sans qui ces années auraient été bien pâles : Diane, Julie et Julie, la sociologie aura permis qu'on se rencontre et c'est pour le meilleur. Alice, Vivien, Clément, Florent, merci pour tous ces moments partagés, autour d'un frisbee, d'un Kebab ou de jeux de société. Vous avez été une bouffée d'air frais ! Merci de m'avoir rappelé qu'il n'y a pas que le travail dans la vie.

Merci à Marie, pour ton soutien sur la durée. Je sais que je peux compter sur toi en toutes circonstances.

Je voudrais remercier ma famille, et tout particulièrement mes parents, pour leur com-

préhension et leur soutien sans faille. Christophe pour le temps que tu as passé à relire ces pages. Françoise pour le soutien moral inconditionnel et le soutien logistique. C'est surtout grâce à toi que je me suis intéressée aux infirmières !

Enfin, un immense merci à Eloi, pour m'avoir supportée – dans tous les sens du terme – durant toutes ces années. Ton soutien, même depuis l'autre bout du monde, m'a permis d'arriver au terme de cette aventure.

"Quand on veut être sûr de son coup, mon petit bonhomme, on plante des carottes, on ne joue pas les chefs d'État."

Anna de Tintagel, Kaamelott, Livre V, épisode 6, *Jizô*

Table des matières

Remerciements **iii**

Table des matières **1**

Introduction Générale **5**

Retour sur l'enquête **11**

1 Avant le travail de thèse 11

2 Les principaux acteurs de la formation en IFSI 12

2.1 Les cadres formatrices et l'équipe de direction de l'IFSI 13

2.2 Les étudiantes en soins infirmiers 15

2.3 Les cadres de santé et les infirmières « de terrain ». 18

3 Les oraux du concours d'entrée en IFSI 20

4 Observations dans un service de rééducation 22

5 Données qualitatives complémentaires 25

6 Données statistiques 26

7 Matériaux documentaires 26

I Socio-histoire du groupe professionnel infirmier **29**

1 L'émergence du groupe professionnel **33**

1.1 Nouvelle répartition des tâches relatives aux soins des malades 34

1.1.1 Les infirmières : un personnel soignant 34

1.1.2 Les infirmières : une catégorie hétérogène 39

1.2 Naissance du groupe professionnel 47

1.2.1 Une structuration organisée autour du modèle proposé par Léonie Chaptal 47

1.2.2 Vers une fermeture du marché du travail infirmier 55

Conclusion du chapitre 60

2 Nouvelle organisation du monde professionnel 63

Introduction 63

2.1 Hiérarchisation et segmentation 64

2.1.1 Naissance d'un nouveau groupe professionnel : les aides-soignantes . 64

2.1.2 Des segments au groupe professionnel : les cadres infirmières. 69

2.2 Un espace d'intervention spécifique aux infirmières 75

2.2.1 Les cadres infirmières : entrepreneuses de morale (Becker 1985) . . 75

2.2.2 Structuration des savoirs infirmiers 83

Conclusion du chapitre 90

3 La formation des infirmières au XXIe siècle, une formation universitaire 93

Introduction 93

3.1 Transformations récentes 94

3.1.1 Les cadres de santé : modification du lien entre les infirmières et « leurs » cadres 94

3.1.2 Vers une formation universitaire 100

3.2 Les savoirs en formation infirmière aujourd'hui 107

3.2.1 Le rôle prescrit, un rôle dominé ? 107

3.2.2 Concurrences et coopérations autour des sciences humaines et sociales113

Conclusion du chapitre 122

II La formation des infirmières 125

4 Sélection à l'entrée de la formation 129

Introduction 129

4.1 Mécanisme de sélection 130

4.2 Les cadres formatrices garantes du recrutement des futures étudiantes . . . 137

4.2.1 Des critères de recrutement formalisés 137

4.2.2 Jugement en interaction 144

4.3 Présomption d'incompétence 150

4.3.1 Les stratégies des candidates 150

4.3.2 Incapacité des candidates à s'approprier les « normes » professionnelles153

Conclusion du chapitre 158

5 Former des infirmières « en général » 161

Introduction 161

5.1 Sensibilisation à l'exercice infirmier 162

5.1.1 D'une conception profane à une conception « institutionnelle » de l'activité 162

5.1.2 Le « prendre soin », un cadre de référence 165

5.2 Apprentissage initiatique 172

5.2.1 Le choc de la réalité 172

5.2.2 D'étudiante profane à étudiante future professionnelle du soin 176

5.3 Donner un sens professionnel à l'activité 178

5.3.1 Appropriations du cadre de référence 178

5.3.2 La toilette comme soin relationnel au cœur de l'activité 180

5.3.3 La toilette, une technique de soin (parmi d'autres) 184

5.4 Les cadres formatrices à l'IFSI garantes de la formation d'infirmières « généralistes » 186

5.4.1 Des « lignes de stage » diversifiées 186

5.4.2 Évaluer l'appropriation du cadre de référence 188

Conclusion du chapitre 191

6 Des infirmières « en particulier » 193

Introduction 193

6.1 Perspective étudiante (Becker *et al.* 1961) 193

6.1.1 Devenir « professionnelle » 193

6.1.2 Différents lieux pour différents apprentissages 196

6.1.3 Rencontres avec des conceptions différentes de l'activité 198

6.2 Désignation(s) 202

6.2.1 Socialisation à une culture particulière 202

6.2.2 Accepter l'avenir proposé par le service 209

6.3 Désignation et processus de recrutement 212

6.3.1 Désignation et réduction des incertitudes 212

6.3.2 Des recrutements plus incertains ? 215

Conclusion du chapitre 218

Conclusion générale **221**

1 Principaux résultats 223

2 Perspectives de recherche 229

Bibliographie **231**

Liste des sigles et acronymes **241**

Annexes **245**

A Caractéristiques des enquêté(e)s **249**

B Guide d'entretien - cadres formatrices en IFSI **253**

C Synthèse par le tuteur des acquisitions de compétences en stage **255**

D Brochure évolution LMD **259**

E Exemple de sujet - test de logique **263**

F Thèmes des sujets des oraux du concours d'entrée en IFSI **267**

G Statistiques - oraux de concours aux IFSI de Voulin et Pantun **269**

H Formulaire - Analyse de pratique par l'étudiant(e) **273**

I Formulaire - Synthèse de stage par le formateur référent **275**

J Formulaire - Bilan du stage **279**

Introduction Générale

Ni exécutantes au service des médecins, ni bonnes âmes totalement dévouées à leurs patients, passant plus de temps que les médecins auprès des patients, ayant la responsabilité de soins médicaux que n'ont pas leurs collègues aides-soignantes, les infirmières du XXIe siècle occupent une place particulière dans le monde du soin. Elles sont des actrices centrales de la scène sociale où se réalise l'activité de soins aux malades, bien qu'elles se retrouvent assez peu sur le devant de la scène (Hughes 1951). Si la profession d'infirmière a été l'objet de nombreuses recherches en sciences humaines et sociales, la plupart portent sur l'identité et les pratiques soignantes dans des spécialités particulières, mais il existe peu de recherches qui permettent de comprendre comment on devient infirmière. Devenir infirmière, c'est intégrer le groupe soignant numériquement le plus important en France. Il compte en effet près de 682 000 membres en 2017 [1]. Les membres de ce groupe professionnel sont près de 87% à être des femmes. Aussi, pour tenir compte de cette forte féminisation, nous faisons le choix d'employer le terme « infirmière » pour parler à la fois des hommes infirmiers et des femmes infirmières [2]. Les infirmières sont souvent identifiées à leur exercice hospitalier. Cela s'explique aisément par le fait que cet exercice concerne près des deux tiers des professionnelles. Le dernier tiers des professionnelles se répartit entre un exercice libéral (Vilbrod, Douguet 2006) et un exercice salarié dans d'autres structures telles que les établissements accueillant des personnes âgées ou bien des personnes handicapées ; les structures de soins à domiciles spécialisées dans la prise en charge de la dépendance (Feyfant 2016) ; les structures chargées de la protection maternelle et infantile (PMI) ; les établissements scolaires (Divay 2012b) ; ou encore les entreprises. Si l'exercice au sein des structures hospitalières est majoritaire, il ne doit pourtant pas mas-

1. ↑Devant les masseurs-kinésithérapeutes qui sont un peu plus de 86 000 et les pharmaciens qui sont un peu plus de 74 000. Source : Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

2. ↑Nous féminiserons de même les étudiantes et les candidates, mais aussi les cadres de santé et les aides-soignantes qui comptent elles-aussi une très grande majorité de femmes parmi leurs membres.

quer la diversité de l'exercice infirmier entre les unités de soins. Les recherches centrées sur des services particuliers, si elles n'ont pas pour objet principal le groupe professionnel infirmier, laissent entrevoir les différences qui peuvent exister entre les professionnelles : ainsi être infirmière en réanimation néonatale (Paillet 2007), ce n'est pas être infirmière en soins palliatifs (Schepens 2013) ou infirmière aux urgences (Peneff 1992). Ce groupe professionnel a donc de « multiples facettes » [3]. Cette tension a fait l'objet d'analyses plus spécifiques, notamment celles d'Antoinette Chauvenet (Chauvenet 1974) et celles d'Anne Vega (Vega 1995). À partir de perspectives différentes, ces deux autrices mettent l'accent sur les antagonismes existants à l'intérieur du groupe professionnel. Antoinette Chauvenet insistait sur la dichotomie entre le rôle « technique » et le rôle « social » des infirmières au début des années 1970. Anne Vega, relevait pour sa part les revendications identitaires différentes entre les infirmières « techniciennes » et les « relationnelles ». Ces différences identitaires sont analysées comme autant de difficultés pour construire et faire perdurer une « identité » commune à l'ensemble des infirmières. Cette diversité questionne les processus de « fabrication » [4] des infirmières. En France, la formation des professionnelles, réalisée dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), est une formation généraliste. Le Diplôme d'État, délivré au terme de trois années de formation, permet d'exercer indifféremment dans l'ensemble des structures de soins [5]. Cette formation unique, ainsi que le titre unique auquel elle permet d'accéder, contribuent à fonder une image relativement homogène du groupe professionnel. Il y a donc une tension entre cette homogénéité perçue et la réalité de la profession, faites d'exercices divers. Le processus de « fabrication » des professionnelles est marqué par cette tension : comment une formation généraliste peut-elle mener à des exercices particuliers ?

Cette tension gagne à être replacée dans le contexte plus large de la « professionnalisation » du groupe professionnel infirmier. S'intéresser aux processus de professionnalisation, c'est comprendre le poids qu'ont des travailleurs exerçant une activité donnée dans la définition de leur travail (Demazière 2008). Les processus de professionnalisation sont à la fois des processus temporels et sociaux. Ils se déroulent à l'intérieur de mondes professionnels qui forment des systèmes équilibrés et dans lesquels les transformations de l'un

3. ↑Comme le souligne très justement le titre du n °35 de la revue *Sociologie Santé* de mars 2012 (Divay 2012a).

4. ↑Nous reprenons ici la formule d'Everett Hughes à propos de la « fabrication » des médecins (Hughes 1958).

5. ↑L'exercice libéral sera, quant à lui, accessible après trois années d'exercice dans une structure de soin, mais il ne demande pas de spécialisation particulière.

des groupes affectent les autres. Il s'agit alors de comprendre quelles transformations affectent le groupe professionnel et comment les membres du groupe s'organisent pour y faire face. Les groupes professionnels conquièrent des territoires, qui sont des champs d'activités qu'ils revendiquent comment étant les leurs. La répartition des activités entre les différents groupes professionnels qui occupent une même scène sont l'objet de luttes entre les groupes professionnels (Abbott 1988). Ces luttes impliquent d'autres acteurs, les auditoires, à savoir notamment l'État et le public auquel est destiné l'activité. La reconnaissance du droit à exercer implique, *a minima*, les pouvoirs publics. C'est particulièrement le cas en France pour le monde qui nous occupe, à savoir le monde du soin. Dans la mesure où la santé est comprise comme un droit [6] pour les citoyens, l'État est le garant de ce droit. Il contrôle donc les autorisations d'exercice et définit les missions des professionnels de santé. Le public, destinataire de l'activité, est loin d'être passif. Les bénéficiaires de l'activité ont aussi un rôle à jouer dans les luttes de pouvoir entre les différents groupes professionnels, dans la mesure où se sont eux qui décident de faire appel aux professionnels. Tous ces acteurs forment ce que Andrew Abbott nomme des écologies. « Une écologie est un système d'éléments aux interactions multiples, et pour la plupart indépendants. Cela laisse supposer que d'un côté, l'interaction des éléments est trop contraignante pour être ignorée, mais que les éléments ne sont cependant pas complètement intégrés » (Abbott 2003, p.43). Entre l'ensemble de ces acteurs, des rapports de concurrences et de coopération se nouent pour déterminer qui doit prendre en charge quelle activité et comment cette prise en charge doit être réalisée. En France, dans le monde professionnel de la santé, l'État joue un rôle important puisqu'il régule à la fois la démographie des professions de santé, mais aussi les modalités de leur exercice. L'État est donc un acteur clé de la définition du mandat des groupes professionnels dans le milieu de la santé. Les professionnels ne sont toutefois pas démunis face à ce puissant acteur, et nous verrons que l'État joue surtout un rôle d'arbitre dans les conflits entre les groupes professionnels qui luttent pour le maintien de leur juridiction. La délimitation d'une juridiction est toutefois précaire au sens où elle peut être remise en cause par le jeu des concurrences entre les différents groupes professionnels. Le contrôle d'une juridiction est très souvent appuyé sur la définition d'une Licence et d'un Mandat professionnel. La première est un droit d'exercer des activités particulières qui ne sont pas permises au citoyen lambda, avec un certain degré d'autonomie. Le second se traduit, pour les membres du groupe professionnel, par des marges de manœuvre dans la

6. ↑Au moins depuis 1893 et la reconnaissance du droit à la gratuité des soins pour les plus pauvres.

définition de leur activité et du sens à lui accorder (Hughes 1996, pp.99-106).

Dans cette perspective, s'intéresser à la formation des professionnelles, c'est s'intéresser à la façon dont le groupe professionnel se mobilise pour construire et préserver le contrôle de ces activités. La formation des futurs membres du groupe est traversée par une série d'enjeux plus large que la simple production de travailleurs. Il s'agit de recruter, au sens de sélectionner (De Larquier, Monchatre 2014), les personnes qui seront ensuite formées pour devenir les futures membres du groupe professionnel. Dans le cas des infirmières, il s'agit donc d'assurer une identité professionnelle commune alors même que les activités des unes et des autres sont diverses. Everett Hughes montrait, à propos de la formation médicale aux Etats-Unis, que devenir membre d'un groupe professionnel c'est apprendre des techniques mais c'est aussi être initié à la façon de tenir son rôle (Hughes 1958, pp.120-121). Comment cette initiation au rôle professionnel s'accommode-t-elle de la diversité inhérente au groupe professionnel ?

Le recrutement des professionnelles est donc un enjeu important pour le groupe professionnel. Ce dernier doit permettre de former des infirmières différentes, à partir d'une formation. Notre objectif dans ce travail est de comprendre comment le groupe professionnel compose avec cette diversité. Quelles sont les stratégies mises en place par les membres du groupe professionnel pour former les nouvelles entrantes ? Comment sont sélectionnées les futures professionnelles ? Et quelles sont les étapes de cette sélection ? Il faut souligner que la formation en IFSI est organisée par des professionnelles qui ont, elles-mêmes, été infirmières. Ce ne sont donc pas n'importe quelles professionnelles qui sont à l'origine de la sélection des futures professionnelles. Nous mettrons en lumière le fait que n'importe qui ne devient pas professionnelle. N'importe qui n'est pas admis en IFSI et toutes les étudiantes qui entrent en formation ne deviennent pas nécessairement infirmières. Comment se réalise alors la sélection ?

La formation des étudiantes en soins infirmiers est une formation qui se réalise en alternance entre des périodes de cours dans des IFSI organisés par des cadres de santé et des périodes de stages auprès de professionnelles. Nous pouvons alors nous demander quel est le rôle de chacun de ces acteurs dans le processus de formation des futures professionnelles ?

Après un retour sur la méthode avec laquelle nous avons mené cette recherche, nous avons organisé la présentation de nos résultats en deux grandes parties.

Dans la première partie, nous revenons sur la construction du groupe professionnel in-

firmier. Nous interrogerons les équilibres qui se sont constitués dans l'écologie du monde du soin. En plaçant la focale sur le groupe professionnel infirmier, il s'agira de comprendre comment s'est construite et a été défendue la juridiction des infirmières. Pour cela nous retracerons, de manière chronologique, à partir de la fin du XIXe siècle les différents processus de structuration du groupe professionnel infirmier en lien avec les autres groupes professionnels du monde du soin. Nous avons choisi de présenter cette socio-histoire en trois chapitres.

Dans le premier chapitre, nous reviendrons sur la naissance du groupe professionnel infirmier. A partir du XIXe siècle, le monde du soin connaît plusieurs transformations, notamment techniques. Elles sont l'occasion d'une transformation de l'organisation de différents groupes à l'intérieur du monde du soin. Nous verrons que la naissance du groupe professionnel infirmier a été longue et complexe. La formation de ces nouvelles professionnelles a été l'objet de définitions concurrentes, dès le début de leur histoire. Nous verrons que le groupe des médecins a fortement pesé sur la définition officielle.

La structuration progressive du monde du soin, à partir de 1946, sera l'objet du second chapitre. Nous verrons comment les transformations qui ont lieu au sein de l'hôpital, vont permettre à de nouveaux groupes professionnels de voir le jour. Les frontières entre les activités gagnent en visibilité, ce qui entraîne une recomposition de l'écologie du monde professionnel. Au cours de cette recomposition, un segment du groupe professionnel infirmier – celui des cadres – va se donner pour mission la défense de la juridiction des infirmières. Nous verrons quelles stratégies sont mises en place par ce segment pour y parvenir.

Dans le troisième chapitre, nous nous intéresserons à la période contemporaine, à partir des années 1990. Dans cette période, nous centrerons notre propos sur la formation des futures professionnelles. Cette dernière est prise en charge par les cadres formatrices. Nous examinerons comment le rapprochement de la formation des infirmières avec l'université va chambouler la place de ces cadres dans la formation des étudiantes et comment elles vont s'organiser pour continuer d'organiser la formation. La définition et le contrôle des savoirs qui seront transmis aux futures infirmières sont un enjeu important pour l'unité du groupe professionnel.

Cette première partie permettra de mieux comprendre le rôle des cadres formatrices dans la structuration et dans la formation des étudiantes en soins infirmiers.

Dans la seconde partie, nous nous focaliserons sur le groupe professionnel infirmier et sur ces dynamiques internes, en nous focalisant sur la formation des futures professionnelles. Nous nous intéresserons au processus de recrutement des futures professionnelles et à leur socialisation. Ces processus sont marqués par les interactions entre trois grandes catégories d'acteurs – les cadres formatrices, les étudiantes et les infirmières en exercice – qui contribuent à la fabrication des nouvelles professionnelles. Nous développerons nos résultats à travers trois étapes que nous présenterons dans trois chapitres.

Le premier chapitre portera sur un moment formel de recrutement qui se déroule avant la formation : le concours d'entrée en IFSI. Nous nous intéresserons plus particulièrement à l'épreuve orale. Cette épreuve est l'occasion de sélectionner les futures étudiantes en soin infirmière selon un mode de recrutement, qui gagne à être compris à la lumière de la tension entre formation généraliste et exercice particulier.

Dans le second chapitre, nous reviendrons sur les apprentissages qui se déroulent lors de la formation en IFSI. Nous interrogerons les modalités de l'initiation qui permet aux nouvelles recrues de passer du statut de profane à celui d'étudiante future professionnelle de soin. Ce chapitre sera plus généralement l'occasion de revenir sur le rôle de la formation en IFSI dans la « fabrication » des futures professionnelles.

Les processus de « fabrication » des infirmières sur les terrains de stage feront l'objet du dernier chapitre. Nous verrons alors que toutes les étudiantes ne sont pas socialisées de la même façon. Nous nous intéresserons aux résultats de cette socialisation différente, notamment en terme de recrutement des futures professionnelles sur le marché du travail.

Retour sur l'enquête

Cette recherche a pour base une enquête qualitative et localisée, dans une région de l'est de la France. Les matériaux empiriques sont issus de multiples éléments (entretiens, observations et consultations de textes officiels) qu'il nous semble important de présenter. Cela nous permettra également de retracer les étapes par lesquelles nous sommes passée. Nous assumons le caractère « bricolé » de notre enquête de terrain qui utilise diverses sources d'informations. Nous sommes restée ouverte à toutes les opportunités qui se présentaient à nous, en gardant à l'esprit qu'une vue élargie de notre terrain d'enquête nous permettrait de mieux appréhender les dynamiques de ce groupe professionnel. Pour donner plus de force à nos analyses, nous nous sommes efforcée de mettre nos données localisées en perspective avec des données quantitatives nationales, quand cela était possible, et surtout en confrontant nos données avec celles des travaux existants concernant le groupe professionnel infirmier et d'autres groupes professionnels relevant plus particulièrment du monde du soin, mais pas uniquement. Nous présenterons donc les différentes étapes de cette recherche, non pas au sens d'étapes d'une méthodologie fixée à l'avance, mais bien pour permettre au lecteur de se faire une idée de la façon dont nous avons procédé. Nous rendrons donc compte des différentes phases de progressions de cette recherche. Nous retraçons le déroulé de cette recherche à partir du journal de terrain que nous avons tenu.

1 Avant le travail de thèse

Ce travail de thèse a débuté suite à nos travaux de Master [7]. Nous avions alors travaillé sur un segment particulier du groupe professionnel infirmier : les infirmières des services de compensation et de suppléance (SICS) au sein des hôpitaux publics. Ces infirmières font en quelque sorte office de remplaçantes internes aux structures hospitalières : nommées

7. ↑*Les infirmières de suppléance au sein de deux structures hospitalières publiques* , mémoire pour l'obtention du Master 2, sous la direction de Florent Schepens, Université de Bourgogne, juin 2012.

localement « volantes » ou « roulantes », elles sont amenées à travailler dans différents services, en fonction des absences des infirmières « fixes ». N'exerçant pas dans un service déterminé, elles ne sont pas incluses dans une équipe, dans un collectif de travail, comme cela semble plutôt être la norme. Ce premier travail a attiré notre attention sur la diversité du groupe professionnel infirmier. Au cours de notre propre recherche, la question de « l'identité », ne s'est pas posée en termes d'antagonismtes entre « technique » et « relationnel ». Les infirmières « volantes » ou « roulantes » ne se définissaient pas selon cette opposition, mais en termes de « polyvalence ». Elles étaient parfois décrites par leurs cadres comme des « super-infirmières » adaptables à toutes les situations. Sans adhérer à cette rhétorique professionnelle, nous avons alors pris conscience du fait que c'est à partir des caractéristiques de leurs situations de travail que les infirmières se définissent. Nous nous sommes donc forgé une représentation de la diversité du groupe professionnel à partir de cette situation particulière. La diversité étant, pour nous, moins un problème qu'une façon de revendiquer une appartenance à un service particulier, dans lequel l'infirmière occupe un rôle spécifique. Sans que les conséquences en soient encore très claires à l'époque, nous avions fait le constat que le point commun de toutes ces infirmières c'était d'avoir obtenu leur Diplôme d'État et donc d'avoir effectué trois années d'études dans un IFSI, suite à la réussite d'un concours d'entrée.

2 Les principaux acteurs de la formation en IFSI

Le point de départ de ce travail de terrain de doctorat est issu d'un constat : pour devenir infirmière, en France, il faut obtenir le Diplôme d'État. Ce dernier s'obtient à la suite de trois années d'études dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Cette formation, en alternant périodes de cours et périodes de stage, amène les étudiantes à se trouver en interaction avec deux catégories d'acteurs : des cadres formatrices, responsables de l'organisation de la formation dans les IFSI, et des professionnelles de terrain, responsables de leur évaluation lors des stages. Afin de comprendre les processus de « fabrication » des futures professionnelles, nous avons choisi de concentrer le début de notre recherche sur la formation dans un IFSI particulier, pour saisir les interactions entre ces différents groupes. Nous avons réalisé notre travail de terrain dans l'IFSI de Voulin[8] dans l'est de la France, qui est rattaché à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

8. ↑Tous les noms propres, de lieux ou de personnes, ont été modifiés afin de garantir l'anonymat de nos enquêté.e.s.

2.1 Les cadres formatrices et l'équipe de direction de l'IFSI

Nous avons débuté notre travail de terrain en octobre 2012. L'entrée sur le terrain s'est réalisée par l'intermédiaire d'Élodie, une des cadres de santé formatrice, responsable de l'unité d'enseignement dans laquelle intervenait l'un de nos encadrants de thèse. Lors de notre présentation, nous avons mis en avant notre statut d'étudiante en thèse de sociologie. Ce statut avait l'avantage de nous positionner en tant qu'apprentie chercheuse, ce qui a suscité chez la plupart de nos interlocutrices une attitude bienveillante (Beaud, Weber 1961, pp.98-101). Nous avons rencontré huit cadres formatrices, sur les vingt-six exerçant au sein de l'IFSI. Toutes se sont montrées curieuses et intéressées par notre recherche. Les entretiens, semi-directifs [9], visaient à comprendre en quoi consiste le travail des formatrices en IFSI. Nous avons porté notre attention sur les différentes tâches dont elles sont chargées, sur leurs contacts avec les étudiantes ainsi que sur leur représentation de leur activité. Ces premiers entretiens nous ont permis d'avoir une vision « institutionnelle » du déroulement des études d'infirmières. Les cadres formatrices sont, en effet, les garantes de l'organisation et de l'application du programme national. Il nous est rapidement apparu que les discours de ces cadres formatrices à propos de leur rôle étaient bien plus que cela. Elles ne se considèrent pas comme des enseignantes. Le programme de formation est un cadre, contraignant, dans lequel elles exercent leur mission. A travers cette formation, les cadres de santé revendiquent un rôle particulier : celui d'assurer la cohésion du groupe professionnel. Concrètement, les missions des cadres formatrices sont de trois ordres. 1°) Elles assurent la préparation des cours et des évaluations afférentes ainsi que l'organisation des interventions réalisées par des personnes extérieures à l'IFSI. Il s'agit principalement d'universitaires – médecins, enseignants-chercheurs en psychologie, sociologie, anthropologie, philosophie ou encore droit – et de professionnelles en activité, à savoir des infirmières de différents services, voire des cadres d'unité. 2°) Les cadres formatrices sont responsables de plusieurs terrains de stage. Elles ont accompagné, dans la mesure du possible, les infirmières et les cadres de santé dans la mise en place du nouveau référentiel de formation [10]. Elles assurent

9. ↑Nous parlons ici d'entretien semi-directifs dans la mesure où nous avions défini plusieurs grandes thématiques et un ensemble de questions qui devaient nous permettre de les approfondir. Notre guide d'entretien a évolué au fil des rencontres avec les différents acteurs. Bien que conservant les mêmes thématiques, il s'est enrichi de nouvelles questions. La dernière version est consultable en annexe B, p.253.

10. ↑Ce dernier a, en effet, modifié la forme prise par les évaluations. Les évaluations, auparavant réalisées par l'intermédiaire d'un rapport de stage et d'une note, sont, depuis la rentrée 2009, réalisées sous forme d'un « bilan de stage » – comportant un commentaire général, les points positifs et les « axes d'amélioration » – et d'une « synthèse de stage » comprenant un récapitulatif sous forme d'items (voir annexe C, p.255). La mise en place de ce nouvel outil a été réalisée dans des délais très courts : le programme de formation a été officialisé en juillet pour une mise en place en septembre 2009. Le portfolio liste

aussi, durant les temps de stages, une partie des évaluations des étudiantes, réalisées sous la forme de présentations des démarches cliniques. Les étudiantes doivent présenter les patients qu'elles ont en charge dans le service – leur pathologie, mais aussi leur histoire de vie plus généralement – et expliquer l'organisation de leur prise en charge. 3°) Enfin, chaque cadre formatrice est également responsable du suivi pédagogique de vingt et une étudiantes – soit sept par année – qui seront suivies par la même cadre formatrice tout au long de leur formation. Ce suivi se traduit par des temps de rencontre en face-à-face, au cours desquels la cadre formatrice fait le point avec l'étudiante sur les différentes évaluations théoriques – surtout en cas de non-validation d'un semestre – mais aussi sur les évaluations relatives aux stages. Pour chaque stage, il y a trois évaluations : celle réalisée par les professionnelles du service ; celle réalisée par la cadre formatrice référente du stage ; et une évaluation réalisée par la cadre de suivi pédagogique elle-même. Cette dernière consiste en une réflexion, à visée (auto)critique de la manière dont se sont déroulées une ou plusieurs situations de soin. À partir de ces différents éléments, les cadres formatrices décident de proposer la validation du stage à la Commission d'Attribution des Crédits (CAC). À l'occasion de ces entretiens nous avons pu récupérer un livret récapitulant l'ensemble des textes relatifs à la formation d'infirmière qui sert de base de référence aux cadres formatrices pour élaborer leurs enseignements.

Nous avons également rencontré les membres de l'équipe de direction de l'IFSI. Cette équipe était composée de trois membres lorsque nous avons commencé notre travail : la directrice de l'IFSI et ces deux directrices adjointes[11]. C'est Élodie qui, à la suite de notre entretien, a contacté la directrice de l'IFSI et nous a mis en relation. Nos rapports avec la directrice de l'établissement ont été cordiaux. Notre présentation en tant qu'étudiante nous a donné accès à des éléments qui ont pris sens dans la suite de notre travail. Lors de la présentation de notre travail de recherche et de notre questionnement de départ, la directrice de l'IFSI nous a indiqué que, si nous nous intéressions à la façon dont on devient infirmière, nous n'êtions pas au bon endroit. Elle nous a, plusieurs fois, enjoint à mener nos observations dans les services de soin. Petit à petit, au vu de ce que les cadres formatrices

dix « compétences », qui peuvent être validées, en théorie, dans l'ensemble des services. Les formulations adoptées sont donc très générales et souvent peu compréhensibles au premier abord. Lorsque nous avons commencé notre enquête des formations ont été mises en place – d'abord par l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), puis par des organismes privés – pour aider les infirmières « tutrices de stage » à remplir ce portfolio.

11. ↑Comme les cadres formatrices, les membres de l'équipe de direction sont toutes d'anciennes infirmières, qui ont suivi des formations et obtenu des diplômes de cadres de santé (ou équivalent). Les deux directrices adjointes ont, en plus, passé un concours « sur titre et travaux » pour devenir cadres supérieures de santé.

nous apprenaient, nous en sommes arrivée à la conclusion que l'IFSI n'avait pour mission qu'une partie seulement de la formation des étudiantes en soins infirmiers. Nous avons donc porté plus spécifiquement notre attention sur les interactions entre les différents protagonistes auprès desquels les étudiantes apprennent leur futur métier, dans les différents lieux. Lors de cet entretien nous avons obtenu les coordonnées de trois cadres formatrices de l'IFSI, choisies par la directrice pour leurs « profils » différents : certaines ayant intégré l'IFSI depuis peu, d'autres y ayant réalisé la très grande majorité de leur carrière. La directrice a particulièrement insisté sur le fait que certaines formatrices étaient engagées dans un processus de formation à la recherche, certaines au niveau Master, d'autres au niveau Doctorat. Par la suite, nous avons également rencontré les deux directrices adjointes. L'une était plus particulièrement chargée de l'organisation du concours de sélection à l'entrée de l'IFSI, l'autre de l'organisation des stages pour les étudiantes en soins infirmiers.

2.2 Les étudiantes en soins infirmiers

Parallèlement à ces entretiens auprès des cadres formatrices et de l'équipe de direction de l'IFSI, nous avons pris contact avec des étudiantes. L'objectif était de rencontrer un nombre conséquent d'étudiantes au cours de notre première année et d'instaurer avec elles des rencontres régulières, à raison d'une fois par an. Nous avons ainsi réalisé un suivi qualitatif de l'évolution du parcours et des représentations des étudiantes durant leurs années d'études. Ce dispositif d'enquête a été mis en place dans le but de contourner l'un des biais des récits biographiques : la reconstitution d'une cohérence *a posteriori*. Ce que Pierre Bourdieu nomme « l'illusion biographique » (Bourdieu 1986). Cette expression doit être explicitée. Elle ne signifie pas que celui (ou celle en l'occurrence) qui parle raconte une histoire qui n'est pas la sienne, qu'il ou elle invente ou affabule. Cette expression suggère seulement que celui ou celle qui s'exprime, le fait toujours depuis une position particulière et que cette position le ou la pousse à raconter son histoire en mettant en avant les éléments qui lui donnent de la cohérence. Il ou elle va chercher dans son passé des éléments pour expliquer un résultat présent, comme s'il était le seul possible. Cela ne signifie pas que le récit n'a pas de valeur, ou que le chercheur doit le contester. Au contraire, cette reconstruction a posteriori, fournit de précieuses informations sur le rôle tenu par l'individu dans le présent et sur la façon dont la personne perçoit ce rôle. Si les récits biographiques fournissent des informations sur le présent, il est difficile d'obtenir grâce à eux des informations relatives au passé. Il est bien sûr possible de s'appuyer sur le

récit détaillé des événements, mais le sens que leur attribuent les acteurs doit être rapporté à leur position dans le présent : il peut être différent du sens qu'ils donnaient aux événements lorsqu'ils se sont produits. De plus, certains événements, jugés sans importance par rapport à la situation actuelle, sont omis, voire oubliés. Aussi, pour minimiser ces effets, nous avons entrepris de suivre des étudiantes en soins infirmiers durant plusieurs années. Nous avons mené les entretiens à partir de trois grandes thématiques : le déroulement de la formation théorique à l'IFSI et des stages, les représentations du métier d'infirmière et enfin le projet professionnel. Nous avons ainsi pu avoir un aperçu de l'évolution des représentations des étudiantes en fonction de leurs années d'étude et surtout des lieux où elles sont allées en stage. Lors des premiers entretiens nous avons également demandé aux étudiantes de nous raconter leur parcours avant l'IFSI, en tenant compte de la reconstruction qui pouvait avoir lieu. Les étudiantes en soins infirmiers ont d'ailleurs souligné qu'elles avaient dû réfléchir à cette question pour se préparer à l'épreuve orale du concours.

Nous avons rencontré dix-neuf étudiantes au total [12]. Onze ont pu être suivies durant trois années, à raison d'un entretien par an [13]. Parmi les huit autres, deux n'ont pu être rencontrées que deux fois, et six seulement une fois. Ces étudiantes ont été contactées par différents canaux. Deux étudiantes ont été contactées par des connaissances communes. Nous avons alors sollicité notre réseau amical. Ces étudiantes avaient déjà entamé leur cursus de formation, l'une était en troisième année, l'autre en deuxième année lors de notre première rencontre. Huit étudiantes ont été contactées par l'intermédiaire des cadres formatrices de l'IFSI. Ce mode de contact, plus efficace, comportait néanmoins plusieurs biais. Les cadres formatrices ont choisi, parmi les vingt et une étudiantes dont elles assuraient le suivi régulier, celles auxquelles elles communiquaient nos coordonnées. Nous avions émis le souhait de rencontrer des étudiantes aux caractéristiques diversifiées [14]. Ce souhait a globalement été respecté. Toutefois, nous avons supposé que les cadres de santé n'ont pas choisi au hasard. Nous courrions donc le risque d'avoir affaire uniquement à de « bonnes » étudiantes. De plus, nous risquions également d'être considérée comme « envoyée » par la cadre formatrice, et donc d'obtenir des discours très convenus, au moins en ce qui concerne l'enseignement en IFSI [15]. Pour pallier ces biais, nous avons alors demandé l'autorisation

12. ↑Les caractéristiques de ces étudiantes sont consultables en annexe A, p.249.
13. ↑Une seule étudiante de la cohorte n'a pu être rencontrée que deux fois en trois ans, faute de temps.
14. ↑Les étudiantes en formation infirmières n'intègrent pas toutes la formation à la sortie de leur baccalauréat. Certaines ont suivi d'autres études avant, d'autres sont en reconversion professionnelle et certaines sont d'anciennes aides-soignantes.
15. ↑Ça n'a pas nécessairement été aussi net. Si les critiques n'ont pas porté directement sur la relation étudiante-cadre formatrice, les étudiantes nous ont fait part assez librement de certains aspects de leur

de laisser une petite annonce sur les tableaux d'informations à destination des étudiantes de chacune des trois années d'étude. Dubitative quant au succès de cette entreprise, nous avons finalement été agréablement surprise puisque sept étudiantes nous ont contactée suite à la diffusion de cette annonce. Parmi ces étudiantes, plusieurs ont manifesté de la curiosité pour la méthode (la réalisation d'entretiens) et/ou pour le sujet. Il faut préciser que durant leur troisième année, les étudiantes doivent réaliser un petit mémoire d'initiation à la recherche et sont ainsi amenées à réaliser des entretiens, elles aussi. Deux des étudiants [16] nous ont explicitement contactée pour nous raconter leur parcours, parce qu'ils les jugeaient intéressants pour notre recherche. Ils étaient tous deux en reprise de formation après une année d'interruption, survenue à la suite d'un stage particulièrement compliqué ayant été jusqu'à leur exclusion. Il a effectivement été intéressant pour nous de pouvoir accéder à leurs expériences, et de les comparer avec celles des autres étudiantes. Ils nous ont, en quelque sorte, offert l'occasion d'avoir accès à des « cas inhabituels » (Becker 2002, pp.142-146).

Ces rencontres, nous ont donné l'idée de rencontrer des étudiantes ayant arrêté leur formation et ne l'ayant pas reprise. Nous avions alors déjà approché le phénomène des arrêts en cours de formation, par l'intermédiaire d'analyses statistiques au niveau national réalisée par la DREES et de plusieurs enquêtes localisées au niveau régional. Nous avions aussi recueilli les discours des formatrices sur ce phénomène. Ces dernières avaient tendance à présenter les abandons en cours de formation comme liés à une prise de conscience de la réalité du métier. Cependant, cette explication n'était pas satisfaisante, toutes les étudiantes rencontrées expliquaient qu'elles avaient découvert le métier lors de leur formation. Pour prendre contact avec ces étudiantes, nous nous sommes adressée à Pauline, l'une des directrices adjointes de l'IFSI. Cette dernière a accepté bien volontiers de nous fournir des coordonnées. Nous sommes allées toutes les deux au secrétariat gérant les étudiantes de troisième année, où nous avons retrouvé Ophélie, l'autre directrice adjointe. La secrétaire avait gardé les courriels des étudiantes signifiant leur décision d'arrêter la formation. Pauline et Ophélie ont alors entrepris, devant nous, de sélectionner les étudiantes dont elles souhaitaient me fournir les contacts. Elles ont alors justifié leur choix en m'expliquant que, pour certaines, « il ne faudrait pas leur donner l'idée de revenir » [17]. Nous avons également obtenu d'autres contacts d'étudiantes ayant arrêté la formation auprès de la secrétaire en

formation à l'IFSI qu'elles n'appréciaient pas.

16. ↑Il s'agit de deux garçons, d'où l'utilisation du masculin.

17. ↑Carnet de terrain 24 septembre 2013.

charge des étudiantes de première année. Ces contacts n'ont pas fait l'objet d'une sélection explicite. Nous n'avons donc obtenu les contacts que d'une dizaine d'étudiantes. Parmi elles, seulement quatre ont accepté de nous rencontrer. Deux ont arrêté leur formation au cours de leur troisième année et deux dès leur première année. Leurs récits ont constitué des points de comparaison éclairant les processus de formation des infirmières.

2.3 Les cadres de santé et les infirmières « de terrain ».

Enfin, nous avons rencontré une troisième catégorie de personnes jouant un rôle important dans la formation des étudiantes en soins infirmiers : les professionnelles de terrain. Nous avons tout d'abord rencontré Louise, une cadre de santé. C'est Élodie, la première cadre formatrice que nous avons rencontrée, qui nous a mis en relation. Élodie avait appelé Louise à la fin de notre entretien pour s'assurer qu'elle pouvait nous communiquer ses coordonnées [18]. Lors de ce premier entretien, il a été question du rôle de la cadre de santé au cours des stages des étudiantes. Nous avons ainsi appris qu'en tant que « maître de stage », c'est la cadre de santé qui valide l'évaluation réalisée par les infirmières du service. C'est cette dernière évaluation qui nous intéressait plus particulièrement ; aussi, nous n'avons pas cherché à rencontrer d'autres cadres de santé. Nous avons privilégié les entretiens avec les infirmières [19].

Nous avons donc rencontré des infirmières en exercice. Ces entretiens avaient en fait deux objectifs. Il s'agissait d'une part, de retracer leur carrière personnelle – nous pensions alors traiter des changements de service en cours de carrière dans notre travail [20] – et d'autre part, de comprendre si toutes les infirmières étaient amenées à encadrer les étudiantes. Nous avions lu, dans le référentiel de formation, qu'en théorie certaines infirmières sont des « tutrices » et d'autres des « référentes ». Ces dernières encadreraient, en théorie, les étudiantes au quotidien, tandis que les « tutrices » seraient chargées de remplir le portfolio [21] et de rédiger le bilan final. Cette division du travail d'encadrement n'est jamais

18. ↑Il s'est avéré que nous avions déjà rencontré Louise lors des quelques semaines d'observation réalisées au cours de notre Master 2, auprès des infirmières « roulantes ». Louise, qui a depuis changé de service, n'avait alors pas été prévenue de notre présence par la cadre supérieure du pôle, ce qui nous avait placée dans une situation un peu délicate. Cela n'a toutefois pas constitué un obstacle à notre rencontre, ni à la conduite de l'entretien.

19. ↑C'était là un choix qui nous semblait judicieux à l'époque. Pour autant, les cadres de santé ont un rôle important dans la validation du stage. S'il semble rare qu'elles s'opposent aux évaluations des infirmières du service, les éventuelles divergences de point de vue auraient pu être questionnées.

20. ↑Au cours de l'année universitaire 2015-2016, nous avons finalement renoncé à ce projet et préféré nous concentrer sur le parcours des étudiantes. Nous avions alors également rencontré deux infirmières ayant quitté la profession. Ces entretiens nous ont tout de même permis de nourrir notre réflexion en nous fournissant des éléments, même très partiels, sur le déroulement de carrière des infirmières.

21. ↑Cet outil de suivi des stages de l'étudiante regroupe des évaluation qualitatives sous une forme

aussi nette en vérité. Les « tutrices » sont en général celles qui ont suivi les formations et qui sont (un peu) plus à l'aise avec les outils proposés par le nouveau programme et notamment le « portfolio ». En revanche, il est apparu que les évaluations s'appuient bien souvent sur le jugement de plusieurs infirmières de l'équipe. Ainsi, le bilan est rarement rédigé par une infirmière seulement, il se réalise plus souvent à deux et tient compte des avis formulés par d'autres membres de l'équipe.

En 2013, durant notre première année de thèse, nous avons rencontré quatre infirmières travaillant dans des services du CHU. Les deux premières font partie du même service d'urgence pédiatrique. C'est Émilie, une des cadres formatrices qui nous a mis en relation. Les deux autres sont « tutrices » dans le service de Louise, la cadre de santé de rééducation. Au printemps 2014, nous avons rencontré trois autres infirmières à l'occasion d'ateliers de vulgarisation scientifique. Nous avons en effet fait partie d'un programme de vulgarisation scientifique dans lequel nous rencontrions du public pour exposer nos travaux de recherche. Une de ces infirmières, Denise, est puéricultrice et travaille dans une association. Joëlle est, quant à elle, à la retraite. Elle était infirmière en réanimation au CHU. Enfin, Laurence est infirmière au centre pénitencier de Voulin. A ces premiers entretiens, nous en avons ajouté treize autres, réalisés entre juillet et septembre 2015, avec des infirmières d'une autre ville de la région, exerçant dans différents services[22]. Ces entretiens nous ont été utiles pour le présent travail dans la mesure où nous avons pu avoir obtenir des éléments sur la façon dont chacune des infirmières définit son « identité professionnelle ». *In fine*, ces éléments nous ont permis de dégager les points communs qui fondent la « culture professionnelle » du groupe. Nous avons alors pu mieux comprendre et analyser plus finement les récits et les parcours des étudiantes. Ces entretiens nous ont aussi permis d'avoir un aperçu des attentes que ces infirmières pouvaient formuler à l'égard des étudiantes.

Nous avons donc réalisé vingt entretiens avec des infirmières, onze avec des professionnelles de l'ISFI, et quarante-sept avec des étudiantes en soins infirmiers.

rédigée et des évaluations de « compétences » sous la forme d'item coché « *acquis* » , « *à améliroer* », « *non acquis* » ou « *non pratiqué* »

22. ↑Urologie, soins palliatifs, bloc opératoire (en tant qu'anesthésiste ou qu'infirmière de bloc), psychiatrie, service des greffes, et exercice libéral.

3 Les oraux du concours d'entrée en IFSI

A ce premier travail de terrain, centré sur les acteurs et les actrices du processus de formation des étudiantes en soins infirmiers, nous avons ajouté l'observation des épreuves orales du concours d'entrée en IFSI. Cette épreuve occupe une place spéciale dans le dispositif de sélection des étudiantes à l'entrée en IFSI puisqu'elle permet de refuser certaines candidatures (cf. infra chapitre 4, p.129.). Dès le début de notre recherche nous avons souhaité comprendre la façon dont sont prises les décisions au sujet des candidates. Le recrutement des candidates est, en effet, un enjeu important pour le groupe professionnel, ainsi que l'a souligné Isabelle Féroni (Féroni 1994).

Dès notre premier entretien avec la directrice de l'IFSI, nous avons manifesté notre intérêt pour l'oral du concours d'entrée et notre souhait de pouvoir y assister. Nous avons alors essuyé un refus. La directrice de l'IFSI nous a expliqué que ces épreuves sont « *réglementées* » et qu'il n'était pas possible d'y assister. Dans un premier temps nous n'avons pas insisté. C'est suite à la participation à un colloque, en juin 2013 [23], et aux discussions avec d'autres chercheurs et chercheuses dont les travaux portent sur les infirmières [24], que nous avons appris que cet argument « réglementaire » pouvait être contourné. Aussi, en septembre nous retournons voir la directrice de l'IFSI dans l'optique de lui présenter l'avancée de nos travaux de recherche. A la fin de ce bilan, nous revenons sur notre souhait d'assister aux oraux de sélection, en argumentant que cela est nécessaire à notre démarche. Nous insistons un peu lourdement, laissant entendre que d'autres IFSI, dans d'autres régions seraient potentiellement d'accord. La directrice nous donne alors le nom de la conseillère pédagogique et technique responsable des IFSI à l'Agence Régionale de Santé (ARS), en nous expliquant que si cette personne est d'accord pour que nous assistions aux oraux, elle n'y verra pas d'inconvénient. Nous décidons de nous rendre à l'ARS pour y rencontrer la conseillère en question. Finalement nous rencontrerons une de ces collègues, « gestionnaire administratif », qui nous propose de se renseigner et de nous recontacter. Nous recevrons un courriel dans l'après-midi, expliquant que notre présence ne pose pas de problème. Toutefois, il nous faudra encore négocier avec la directrice de l'IFSI et obtenir un document officiel, signé de l'ARS, stipulant que notre présence ne pose réglementairement pas de problème.

23. ↑Colloque « *La fabrique du soignant* », Centre Georges Chevrier, Université de Bourgogne, Dijon, 13-14 juin.

24. ↑Tout particulièrement Sophie Divay et Anne Vega, que nous remercions pour leurs conseils.

Nous assisterons donc aux épreuves orales de l'IFSI de Voulin, puisqu'il constitue notre principal terrain d'enquête. Toutefois, l'IFSI de Voulin étant situé dans une ville universitaire, il nous semblait important d'assister aux épreuves orales d'un IFSI rattaché à un centre hospitalier non universitaire. Ne disposant pas de statistiques à ce sujet, nous faisions alors l'hypothèse que l'IFSI d'une ville universitaire n'aurait pas nécessairement les mêmes candidates que l'IFSI d'une ville non universitaire – en termes de parcours antérieurs et en termes d'origines sociales notamment – ce qui aurait pu faire apparaître des différences dans les modalités de recrutement. Nous avons alors profité de nos contacts privilégiés à l'IFSI de Pantun, pour les solliciter. Si la directrice s'est étonnée de notre demande, elle n'a pas manifesté de refus. Le document de l'ARS nous a en quelque sorte servi de passeport. Si nous avons effectivement constaté des différences entre les deux ISFI elles sont surtout quantitaves, il y a environ deux fois plus de candidates qui se présentent au concours de l'IFSI de Voulin, pour un nombre de places équivalent. Il n'est en revanche pas apparu de différences sur les modalités de sélection.

En 2014, nous avons réalisé une première série d'observations. Nous avons assisté aux auditions réalisées par six jurys différents dans chacun des IFSI. Ces auditions concernent trente candidates à Voulin et trente-quatre à Pantun. Le matériau recueilli étant très dense, nous avons éprouvé le besoin, après en avoir commencé l'analyse, de réaliser une seconde série d'observations pour confirmer certaines de nos hypothèses. Cette seconde série a eu lieu en 2016. Elle a été réalisée seulement dans l'IFSI de Pantun[25]. Au total, nous avons observé les auditions de quatre-vingt-cinq candidates, réalisées par seize jurys différents. Avant le début des auditions, nous avons pris soin de nous présenter aux membres des jurys, d'expliquer notre démarche de recherche et le but de notre présence lors des auditions. Nous avons alors mis l'accent sur notre intérêt pour les interactions entre la candidate et les membres du jury. Nous avons sollicité l'accord des trois membres de l'un des jurys, pour ne pas leur imposer notre présence. Par la suite, l'une des secrétaires de l'IFSI s'assurerait que notre présence ne posait pas de problèmes aux candidates. Nous avons ainsi pu assister à toutes les étapes de l'audition, aussi bien la partie en présence de la candidate que les délibérations qui lui font suite. Nous occupions alors la très grande majorité du temps

25. ↑Nos relations avec la directrice de l'IFSI de Voulin se sont quelque peu tendues suite à la parution d'un article d'une anthropologue, sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 3 (p.93). Nous dirons seulement ici que cette chercheuse a réalisé une observation incognito, en utilisant son statut d'intervenante, pour soulever certaines problématiques relatives à la mise en place du programme de formation datant de 2009. Dans ce contexte tendu, connaissant les réticences de la directrice vis-à-vis de notre présence lors des oraux, nous n'avons pas jugé opportun de renouveler l'expérience à Voulin.

une position extérieure à la situation, physiquement en retrait dans la salle [26]. Nous ne sommes jamais intervenue ni pendant les auditions des candidates, ni *a fortiori* pendant les délibérations des membres du jury. Nous avons toutefois pu profiter de temps informels pour discuter avec les membres du jury des décisions qu'ils venaient de rendre. Ces temps informels ont aussi été l'occasion d'apprendre dans quel(s) lieu(x) ils et elles exerçaient ou leur ancienneté dans l'exercice en tant que membre du jury par exemple, entre autres.

4 Observations dans un service de rééducation

Après quelques mois de recherche, au vu des entretiens réalisés avec les étudiantes et les infirmières des services, il nous est apparu que notre recherche s'enrichirait utilement d'une période d'observation dans un service hospitalier. Il s'agissait alors d'aller au-delà des discours produits par nos enquêtés. Pour que ces discours puissent prendre toute leur signification, il nous fallait aller voir comment les apprentissages se réalisent en pratique. L'observation directe était, pour nous, un moyen de comprendre le rôle de chacun des acteurs dans ces épisodes si particuliers de la formation que sont les stages « au lit du patient ». Nous avions conscience qu'il nous serait difficile de réaliser des observations dans plusieurs services, compte tenu du temps nécessaire à tout observateur pour être accepté sur son terrain (Schwartz 2012, pp.340-341). Il nous fallait donc faire un choix et nous focaliser sur un service en particulier. Choix cornélien quand on connaît la diversité des services et, plus généralement, des lieux où exercent les infirmières. Souhaitant observer les encadrements des étudiantes par les professionnelles de terrain, il nous fallait choisir un lieu de stage accueillant un maximum d'étudiantes de toutes les années d'études. Nous avons donc éliminé les lieux de stage de santé publique [27], dans lesquels seul une ou deux étudiantes sont accueillies en même temps. Pour la même raison nous avons éliminé les stages effectués en libéral ou dans des services d'hospitalisation à domicile (HAD). Pour suivre les encadrements d'un maximum d'étudiantes dans un même lieu de stage, il nous est apparu qu'un des services du CHU était un choix judicieux. Cela laissait encore un large panel de services possibles. Nous avons alors éliminé les services n'accueillant des étudiantes qu'à partir d'un certain niveau de formation, comme par exemple le bloc opératoire, la réanimation ou les urgences qui n'acceptent de recevoir les étudiantes qu'à partir de la troisième année. Nous avons de même éliminé les services dans lesquels les étudiantes de

26. ↑Il est arrivé une fois que les membres du jury nous proposent de nous installer à leur table.
27. ↑Collège, lycée, médecine du travail, dispensaires, etc.

troisième année vont peu souvent, comme les services de long séjour par exemple [28]. Une fois ces critères de choix arrêtés, nous avons utilisé les contacts que nous avions déjà noués pour faciliter nos démarches. Nous avons donc repris contact avec Louise, la cadre de santé, pour savoir si elle serait d'accord pour nous accueillir dans son service de rééducation [29].

Nous avons réalisé des observations dans ce service durant cinq mois, entre début février et fin juin 2014. Au total nous avons été présente une cinquantaine de jours dans le service. Au mois de janvier – avant le début de nos observations – nous avons pu nous présenter à certaines soignantes de l'équipe juste après le temps de transmissions [30]. Nous avons choisi de nous présenter comme « étudiante en sociologie ». C'est d'ailleurs ce qui était inscrit sur notre badge lors de nos observations dans le service. Nous avons présenté notre recherche et le but de nos observations dans le service en mettant l'accent sur notre volonté de suivre les étudiantes au fil de leurs apprentissages. Nous n'avions alors pas mesuré toutes les implications de cette identification « étudiante ». Dans ce service, les étudiantes prennent leurs repas dans une salle commune au rez-de-chaussée du bâtiment et non dans le service comme les professionnelles. Les étudiantes que nous avons rencontrées dans ce service prenaient la chose assez mal, considérant cette mise à l'écart comme le signe d'un manque d'inclusion dans l'équipe. Cela nous a permis de disposer d'un temps privilégié pour discuter avec les étudiantes hors de la présence des professionnelles. Nous avons ainsi pu accéder assez facilement à leur cadre interprétatif, au sens qu'elles donnaient à ce qu'elles vivaient dans le service. Toutefois, cela nous a en partie coupée de la possibilité de discuter avec les professionnelles, hors de la présence des étudiantes. Nous avons tout de même pu profiter de certains moments durant lesquels les étudiantes réalisaient des soins intimes, quand notre présence n'était pas souhaitée pour discuter de manière informelle avec les professionnelles dans les couloirs ou la salle de soins.

Nous avons mis beaucoup de temps à être acceptée par l'équipe soignante. Si les infirmières ont accepté notre présence au bout de quelques mois, il nous semble qu'il n'en a pas été de même pour les aides-soignantes. Il nous faut aussi signaler que dans ce service, nous

28. ↑Ici l'entretien et les diverses discussions informelles que nous avons eus avec Ophélie, la directrice adjointe en charge de l'attribution des stages, ont été d'une grande aide pour appréhender ces différences.

29. ↑Les services de rééducation font partie de l'une des typologies obligatoires (intitulée « *soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation* ») dans lesquelles les étudiantes doivent obligatoirement être allées pour valider leur diplôme. Les trois autres typologies obligatoires sont les « *soins de courte durée* », les « *soins en santé mentale et en psychiatrie* » et les « *soins individuels et collectifs sur les lieux de vie* », d'après le référentiel de formation.

30. ↑Le temps de transmissions est le moment au cours duquel l'équipe du « matin » (travaillant de 6h30 à 14h), échange les informations essentielles à propos des patients avec l'équipe du « soir » (travaillant de 13h30 à 21h). C'est donc un moment durant lequel un maximum de soignantes sont présentes.

avons ressenti des tensions entre les équipes d'aides-soignantes et d'infirmières, sans que nous puissions comprendre ce qui en était la cause. Ces tensions nous ont semblé en relation avec la division du travail très stricte entre les deux équipes. Dans ce contexte tendu, la position de l'observatrice est particulièrement complexe à tenir. Plusieurs éléments n'ont pas joué en notre faveur. Tout d'abord, nous avons été identifiée, par une partie des soignantes, comme « envoyée » par la cadre de santé pour superviser les encadrements des étudiantes. Ensuite, notre présence lors de certains soins, notamment lors des toilettes, a questionné les soignantes et les étudiantes qui ne voyaient pas ce que nous pouvions bien voir d'intéressant là-dedans. Petit à petit, nous avons réduit notre présence, lors de ces soins, en les limitant aux moments où plusieurs soignantes étaient présentes ou bien lors des temps plus formels « d'évaluation » [31]. Enfin, lors de l'établissement de la convention de stage, il avait été stipulé qu'il s'agissait d'un stage d'observation. A ce titre, la cadre de santé avait briefé les soignantes et les étudiantes sur le fait que nous ne devions pas participer au travail de soin. Aussi, si nous avons quand même pu apporter quelques fois notre aide, pour mobiliser un patient ou bien débarrasser un plateau, nous avons principalement été perçue comme une observatrice extérieure aux situations. Malgré toutes ces difficultés, ces observations nous ont livré des clés de compréhension, non seulement sur les apprentissages pratiques qu'il est difficile d'expliquer à une « profane », mais aussi sur les évaluations réalisées par les professionnelles. Le principal apport de ces temps d'observation a été de pouvoir mesurer l'écart entre l'organisation du travail par les professionnelles du service et l'organisation du travail qui doit être mise en place par les étudiantes. Cet écart a agi comme un révélateur du « travail invisible » des infirmières (Acker 1997).

31. ↑Les aides-soignantes annonçaient de temps en temps aux étudiantes qu'elles voulaient évaluer leur réalisation de la toilette « en technique ». Il s'agissait alors de s'assurer que les étudiantes respectaient bien les règles d'hygiène et de pudeur notamment. Ce qui est évalué, c'est également le degré d'efficacité des étudiantes, qui ne doivent pas mettre « trop de temps ».

5 Données qualitatives complémentaires

En plus de ces trois dimensions, notre travail de terrain comporte des observations plus restreintes, mais qui ont néanmoins joué un rôle décisif dans notre compréhension des situations.

Tout d'abord, au début de notre travail de terrain, nous avons pu assister à une réunion organisée à l'IFSI entre l'équipe de direction, les cadres formatrices et des infirmières et des cadres de santé de différents lieux de stage. C'est la directrice de l'IFSI qui nous a parlé de cette réunion et qui nous a permis d'y assister. Réalisée peu de temps après la rentrée – en septembre 2012 – cette réunion a été l'occasion, pour les membres de l'équipe de direction de l'IFSI, de dresser un bilan des trois premières années de fonctionnement du nouveau programme. Pour les professionnelles de terrain, cette réunion a été l'occasion de faire entendre un certain nombre de difficultés, voire de mécontentements. Nous avons alors pu observer, sans bien les comprendre à l'époque, les logiques en partie différentes des professionnelles de l'IFSI et des professionnelles de terrain que nous retrouverions à l'œuvre dans l'ensemble de notre travail de terrain.

Ensuite, en 2015, alors que la majorité des étudiantes que nous suivions se sont approchées de la fin de leurs études et qu'elles ont commencé à chercher du travail, il nous a paru opportun de prendre contact avec le service des ressources humaines du CHU [32] pour avoir un petit aperçu de la façon dont s'y réalisent les recrutements. Nous avons tout d'abord rencontré, lors d'un entretien informel, le directeur des soins, appuyée dans nos démarches par notre directrice de thèse de l'époque. Puis nous avons convenu d'un rendez-vous, avec Roselyne, la cadre supérieure coordinatrice chargée des recrutements de la plupart des infirmières, des aides-soignantes et des ASH. Cet entretien nous a fourni de précieux éléments sur les processus de recrutement des professionnels. L'entretien qui devait durer une heure a quelque peu débordé, et Roselyne a mentionné qu'elle avait ensuite un entretien de recrutement avec une étudiante de troisième année, future diplômée. Nous avons profité de l'occasion pour lui demander la permission de rester, ce qu'elle a accepté sans problème. Nous avons ainsi pu assister à deux entretiens de recrutement de deux futures diplômées, dans des situations très différentes : l'une se présentant en candidature spontanée, l'autre ayant été signalée comme une candidate potentielle par le service dans lequel elle effectuait son dernier stage.

32. ↑La très grande majorité des étudiantes que nous avons rencontrées ont envoyé des candidatures spontanées au CHU avant la fin de leurs études.

En complément de notre travail de terrain, nous avons également réalisé un entretien téléphonique complémentaire avec la conseillère pédagogique et technique responsable des IFSI de la région voisine[33]. Il s'agissait d'obtenir des éléments de cadrage sur le rôle de l'ARS en tant que tutelle des IFSI.

6 Données statistiques

Durant toute notre enquête, nous avons cherché à mettre nos données en relation avec des données statistiques nationales concernant les infirmières. A ce titre, les deux enquêtes annuelles réalisée par la DREES – *Les professions de santé au 1er janvier* et *La formation aux professions de la santé* – ont constitué de précieuses ressources. Nous avons également consulté les synthèses, réalisées à partir de l'enquête emploi du Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq), concernant l'insertion des jeunes infirmières sur le marché du travail. Nous avons en revanche buté sur l'absence de chiffres disponibles sur la répartition des professionnels selon leurs caractéristiques sociales en fonction des services de soin. Ces chiffres existent certainement au sein des structures hospitalières, mais nous n'avons pu y avoir accès. Nous aurions notamment souhaité connaître la répartition des effectifs de femmes et d'hommes en fonction des types de service.

7 Matériaux documentaires

Afin de retracer la construction historique du groupe professionnel, nous avons utilisé les textes de lois : non comme des points de départs de transformations, mais comme des marqueurs de transformations ayant débuté en amont. Ces textes de lois sont le produit des arbitrages de l'Etat à propos du contrôle des activités professionnelles. L'Etat acte alors qu'un type d'activité peut être exercé par un groupe professionnel spécifique à l'exclusion des autres. Aussi, la formulation utilisée constitue-t-elle un indice du pouvoir de négociation de chacun des groupes professionnels concernés par les modifications. A partir de ces textes de lois, nous avons consulté certains documents officiels en ligne, pour reconstituer les argumentaires utilisés pour défendre la profession infirmière. Nous avons notamment consulté la revue *L'infirmière française*, dont les numéros sont disponibles en ligne jusqu'en 1936. Nous n'avons pas procédé à un dépouillement systématique, mais nous

33. ↑Durant tout notre travail de recherche, et malgré de nombreuses sollicitations par courriel et par téléphone, la conseillère pédagogique responsable des IFSI de la région est restée injoignable.

avons relevé les articles des périodes importantes dans la formation du groupe professionnel. Nous avons alors croisé les résultats de nos investigations avec les recherches historiques et sociologiques concernant le groupe professionnel infirmier et les autres groupes du monde du soin. Cela nous a permis de réinscrire les résultats de notre recherche ethnographique dans le contexte plus macrosocial de l'écologie des groupes professionnels. Enfin, pour la période la plus récente, l'exploitation approfondie du programme de formation définit par l'arrêté du 31 juillet 2009 nous a permis d'appréhender les logiques qui sous-tendent la formation des étudiantes en soins infirmiers.

Cette démarche, complémentaire à l'approche monographique localisée, explique la forme donnée à l'exposition de nos résultats.

Première partie

Socio-histoire du groupe professionnel infirmier

Dans cette première partie, nous adopterons une démarche socio-historique pour retracer les dynamiques qui ont présidé à la construction du groupe professionnel infirmier dans le monde du soin. Nous prêterons tout particulièrement attention aux frontières que les groupes professionnels tracent entre eux. Ce faisant, ils construisent des territoires, des espaces d'intervention, qu'ils défendent par la suite. Andrew Abbott met en garde contre les récits historiques qui mettent l'accent sur « causes ascendantes ou descendantes d'un événement donné » (Abbott 2016, p.280). Il n'y a pas de causalité nécessaire dans l'histoire des groupes professionnels. Si les structures dans lesquelles les groupes professionnels évoluent déterminent un certain nombre de stratégies possibles, l'analyse socio-historique suppose de regarder les différentes dimensions qui influencent ces stratégies. Il s'agit alors de comprendre comment les éléments de contexte et les stratégies professionnelles se combinent, tout en gardant à l'esprit que cette combinaison est contingente. À travers cette plongée dans l'histoire du groupe professionnel, nous focaliserons notre attention sur des mouvements, des dynamiques, qui ont progressivement façonné le groupe professionnel.

Nous avons organisé notre propos en trois temps, dans un premier temps nous reviendrons sur la naissance du groupe professionnel. Ce chapitre sera l'occasion de montrer comment le monde professionnel du soin s'est progressivement structuré sous la domination du groupe des médecins entre la fin du XIXe siècle et la fin de la Première Guerre Mondiale. Dans un second temps, nous reviendrons sur les transformations qui agitent le monde du soin après la Libération. Cela nous permettra de revenir sur la façon dont les missions du groupe professionnel ont été définies. Enfin, dans un dernier chapitre, nous détaillerons les mécanismes de construction et de défense de la juridiction des infirmières à l'aube du XXIe siècle.

Chapitre 1

L'émergence du groupe professionnel

Les historiennes qui se sont intéressées au groupe professionnel infirmier font remonter les débuts de sa structuration à la fin du XIXe siècle (Knibiehler 1984; LeRoux-Hugon 1987; Senotier 1992). Avant cette date, les activités de soin existaient déjà. Elles comprennent, à l'époque, autant un soutien spirituel et moral que des soins relatifs à l'entretien des corps. Elles étaient le plus souvent réalisées dans des hospices [1]. Les institutions accueillent les nécessiteux malades ou seulement sans toit et les enfants abandonnés. Une grande partie des tâches est assurée par deux types de personnel : des religieuses et des laïques. Ces deux catégories n'ont pas le même statut ni les mêmes attributions. Les religieuses, issues de différentes congrégations, dominent la hiérarchie du personnel des hospices, en assumant les tâches de gestion et le soutien spirituel des malades, en plus des tâches de soins. Elles délèguent certaines tâches qu'elles jugent indignes d'elles au personnel laïc : le nettoyage des sols, du mobilier, des draps et de la literie, la préparation des repas et les travaux de réparation des locaux. Les religieuses délèguent aussi une petite partie des tâches de soins. Elles ne s'occupent ni des accouchements, ni des soins gynécologiques, ni des maladies vénériennes. Toutes ces tâches sont jugées impures par la religion. Les religieuses étaient également chargées de fonctions de maintien de l'ordre parmi le personnel laïc (Poisson 1998). Le personnel majoritairement féminin – aussi nommé « personnel servant » – est issu des couches les moins aisées de la population. Ces femmes voient dans le travail à l'hospice un moyen de s'assurer le gîte et le couvert. Une partie non négligeable du personnel laïc est également recruté parmi les nécessiteux des hospices, lorsqu'ils sont suffisamment valides, et parmi

1. ↑Les activités de soin sont entendues ici comme distinctes des activités médicales. Lorsqu'elles sont réalisées à domicile, elles concernent une partie restreinte de la population, majoritairement citadine et ayant les moyens de louer les services d'un praticien.

les enfants recueillis. La frontière est donc parfois mince entre les public accueillis dans ces institutions et les personnels laïcs qui les accueillent. Ce recrutement, parmi les nécessiteux et les enfants, explique que l'on trouve des hommes parmi le personnel. Les laïcs sont l'objet d'une surveillance importante de la part des religieuses. Cette catégorie de personnel est en effet soupçonnée de tirer profit de sa situation, en dépossédant les malades d'une partie de leur nourriture par exemple. La mauvaise réputation du « petit personnel des hôpitaux » leur restera attachée pour longtemps (Arborio 2012a, p. 22). Des changements dans le monde du soin survenus au cours du XIXe siècle, ainsi que les orientations politiques de la fin de ce siècle, vont entraîner des bouleversements dans la répartition des tâches et transformer la place des catégories de personnels qui existaient jusqu'alors et notamment celle des religieuses.

1.1 Nouvelle répartition des tâches relatives aux soins des malades

1.1.1 Les infirmières : un personnel soignant

Une première série de changements concerne directement le domaine médical. Le XIXe siècle est marqué par les avancées de la médecine en termes techniques et technologiques [2], en termes de connaissances scientifiques, mais aussi en termes cliniques (Léonard 1984). La principale transformation du domaine médical reste connue sous le nom de « révolution pasteurienne ». La découverte de l'existence des bactéries et son corollaire, l'importance de l'asepsie, bouleverse les conceptions de la maladie et de la contagion. Avant ces découvertes, les hôpitaux sont des lieux de transmissions des maladies contagieuses et des infections. C'est, entre autres, pour cela que les plus riches ne s'y font pas soigner. Toutefois, pour comprendre les changements qui ont lieu dans la répartition des activités qui existent entre les professionnels, il ne suffit pas de constater l'apparition de nouvelles activités. Il faut comprendre les rapports qui existent entre les différents groupes professionnels. Aussi, un détour par l'organisation de la médecine à cette époque s'impose. Nous considérons en effet que les professions forment un « système » au sein duquel la transformation d'un groupe affecte l'équilibre de l'ensemble du système (Abbott 1988). Ces avancées sont portées

2. ↑Les activités de soin sont entendues ici comme distinctes des activités médicales. Lorsqu'elles sont réalisées à domicile, elles concernent une partie restreinte de la population, majoritairement citadine et ayant les moyens de louer les services d'un praticien.

par les docteurs en médecine, qui ne sont, à l'époque, pas les seuls à exercer ces activités. Bien qu'ils soient détenteurs de savoirs nouveaux, ils font face à la concurrence d'autres groupes, contre lesquels ils vont réussir à s'imposer (Gadéa, Grelon 2009). Les docteurs en médecine vont progressivement écarter de l'exercice légitime de la médecine à la fois les praticiens plus empiristes – tels que les rebouteux, les sorciers ou les guérisseurs qui exercent principalement dans les campagnes –, mais aussi les officiers de santé civils. Ces derniers dont le grade est acté dans la loi en 1803 [3], subissent des attaques de plus en plus coordonnées de la part des docteurs en médecine. Ceux-ci s'organisent progressivement via des syndicats de médecins et obtiennent le monopole de leur activité en 1892. La loi « dite » Chevandier, du 30 novembre 1892, supprime le grade d'officier de santé. L'exercice illégal de la médecine devient un délit. Ce monopole d'exercice, accordé par l'État, vient renforcer la position dominante du corps médical dans le monde du soin [4]. Les médecins vont alors engager l'éviction des religieuses, au motif qu'elles ne sont pas disposées à accepter leurs directives. Elles refusent, par exemple, de réaliser les vaccins. Ainsi, là où les religieuses pouvaient refuser de pratiquer un soin, les infirmières « doi[vent] s'habituer à tout voir, à tout faire ; le corps du patient doit devenir pour elle[s], comme pour le médecin, un simple objet, et toute sensibilité personnelle doit être tenue en bride » (Knibiehler 1984, p. 59). Pour s'assurer de travailler avec des soignantes qui ne remettent pas en cause leur position dominante récemment acquise, les médecins vont alors alléguer de la nécessité de disposer de personnel formé aux nouvelles techniques, afin d'assurer le bon déroulement des soins. Le respect des règles d'hygiène et d'asepsie, et son corollaire, le nécessaire besoin de formation aux nouvelles techniques, sont alors de puissants arguments.

Ces prétextes n'auraient pas eu nécessairement autant de poids si le contexte politique de l'époque n'avait pas été aussi favorable à l'éviction des religieuses. La fin du XIXe siècle voit la naissance de la IIIe République. Ce gouvernement politique – qui fera voter la loi sur la séparation des Églises et de l'État en 1905 – pose l'anticléricalisme comme base de son idéologie républicaine [5]. Il va ainsi peu à peu remplacer le principe de la charité

3. ↑La loi du 10 mars 1803 instaure pour la première fois en France la notion « d'exercice illégal de la médecine ». Les seuls autorisés légalement à pratiquer la médecine sont les praticiens diplômés de la faculté avant la Révolution de 1789, et les diplômés de deux nouveaux grades : les docteurs en médecine et les officiers de santé (Gadéa, Grelon 2009 , *ibid.* p. 122)

4. ↑Le corps médical, comme les autres groupes professionnels, ne constitue pas une entité homogène. Cependant, pour rendre l'exposé plus lisible, nous avons choisi de nous centrer dans cette partie sur les frontières entre les groupes professionnels.

5. ↑Les rapports entre les savoirs médicaux et les principes religieux sont complexes. Pour se faire une idée de ces rapports à la fin du XIX ^{e} siècle, le lecteur pourra se reporter à la recherche réalisée par Laetitia Ogorzelec à propos de la place de la médecine dans la reconnaissance des miracles (Ogorzelec 2014).

chrétienne par un principe de solidarité nationale. Ainsi, la loi de 1893, relative à l'assistance médicale gratuite, assure l'ouverture d'un droit aux soins pour les malades privés de ressources. Dans ce contexte, les religieuses ne sont plus les bienvenues dans le cadre des soins aux malades. Elles vont notamment être soupçonnées de prosélytisme. Pour les pouvoirs publics, disposer d'un personnel dûment formé représente un autre avantage : les infirmières sont amenées à jouer, dans les activités de soin, le rôle des « Hussards Noirs » de la République dans le contexte scolaire[6]. Il s'agit d'incarner la présence de l'État « auprès de tous les Français, même les plus démunis, et par là de maintenir la cohésion nationale indispensable à la vie de la Nation. » (Senotier 1992, p. 28). L'activité de soin prend alors l'importance d'un service public. Le monde politique détermine donc un objectif à atteindre : des soins de qualité doivent être dispensés à l'ensemble des Français. Toutefois, les religieuses ne se laissent pas facilement exclure de ces activités dans lesquelles elles occupent des positions dominantes. Elles vont proposer une définition concurrente de ce qui fait la qualité de ces soins. Si la laïcisation du personnel des hôpitaux de l'Assistance Publique est effective dès 1908, les religieuses restent bien implantées dans certains établissements, tout particulièrement dans les territoires ruraux ou encore dans certaines grandes villes, comme à Lyon. Les religieuses – aussi appelées « Cornettes » en raison de la forme de leur coiffe – font valoir leur dévouement extrême à leur tâche, exempt de toute considération matérielle ou financière. Elles entretiennent également les doutes émis à l'égard des laïques nouvellement formées, en s'appuyant sur la mauvaise réputation des personnels laïcs déjà présents. Les infirmières laïques sont notamment accusées d'abandonner les malades en cas de danger (LeRoux-Hugon 1987). Les discours critiques envers les laïques sont parfois virulents, comme le rapporte Yvonne Kniebiehler : « Salariée, la laïque ne peut être que vénale et cupide, c'est une « mercenaire », tout à fait incapable de montrer des qualités de cœur. Comme les soignantes de son sexe qui ne sont pas consacrées, elle est immorale, sans pudeur vis-à-vis des malades » (Knibiehler 1984, pp. 45-46). Les médecins et les représentants de l'État vont contrer ce discours en prônant de la nécessité de former le personnel soignant aux nouvelles techniques, indispensables au travail de soin dont les bases sont à présent scientifiques. Les religieuses, qui veulent défendre leur place aux sein des hôpitaux, se rendront à cet argument en se formant et en obtenant des diplômes, parfois

6. ↑« Hussards Noirs » est le nom donné aux instituteurs publics sous la III e République. Dans la période troublée de l'époque, il s'agit pour les réformateurs – dont le plus célèbre reste Jules Ferry – de faire de l'École publique une institution garante des principes de laïcité et de démocratie, en les ancrant dans l'esprit des plus jeunes.

plus que les infirmières des hôpitaux parisiens (Féroni 1994).

En 1902, une circulaire du Premier ministre, Émile Combes, rappelle aux préfets l'obligation d'ouvrir des écoles d'infirmières dans chaque ville, pour assurer le droit à des soins de qualité. C'est le premier texte qui reconnaît officiellement le rôle de l'infirmière :

> *L'instruction des infirmières n'est pas moins exigible que la salubrité des locaux [...]. Il s'agit de préparer les élèves à une véritable carrière, car l'infirmière telle qu'on doit la concevoir est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc. Elle est réservée aux soins directs des malades. [...] C'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien ; en dehors de sa dignité personnelle qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état que relèvent à la fois son caractère philanthropique et son caractère scientifique.*
>
> *(Circulaire n°7083 du 28 octobre 1902)*

Cette circulaire rend visibles plusieurs points importants pour l'organisation de l'activité de soin. D'une part, elle entérine, comme le souhaitaient les médecins, la position subordonnée des infirmières vis-à-vis d'eux. D'autre part, cette circulaire différencie l'activité de soin réalisée auprès des malades – celle de l'infirmière – des activités « servantes » qui ne sont pas effectuées directement au contact des malades. Cette division permet de sortir les activités réalisées par les infirmières d'un domaine qui relèverait uniquement de la sphère domestique en leur conférant un certain prestige. L'infirmière ne fait pas partie des personnels servants, elle fait partie des personnels soignants. Arrêtons-nous un instant sur l'usage du féminin « infirmière » dans cette circulaire. Si, aujourd'hui, dans les textes universitaires, l'emploi du féminin pour désigner cette catégorie de professionnels est très souvent justifié par une réalité démographique, il n'en va pas de même dans les textes officiels qui utilisent à la fois les termes « infirmier » et « infirmière » [7]. La dénomination officielle de la catégorie semble être un indicateur de la conception de la catégorie par les représentants institutionnels. Ainsi il n'est pas anodin que seul le féminin soit utilisé dans cette circulaire. Le ministre conclut d'ailleurs la circulaire comme suit :

> *C'est une œuvre d'avenir que je vous invite à entreprendre dont les derniers termes seraient d'une part un service public convenablement outillé, d'autre part un débouché ouvert aux activités féminines sur le terrain où elles peuvent se déployer le plus utilement.*
>
> *(Circulaire n°7083 du 28 octobre 1902)*

7. ↑Ainsi, dans le code de la santé publique, le paragraphe portant sur la profession est intitulé « Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière ». Tous les articles contiennent systématiquement les deux termes.

Au début du XXe siècle, l'infirmière idéale est définie – par les médecins et les représentants de l'État - comme une femme capable d'appliquer les principes hygiénistes. Elle doit offrir « sans habit monacal, toutes les qualités de douceur et de dévouement de son sexe » (Knibiehler 1984, p. 45). Le dévouement est pensé, non plus en référence au service de Dieu, mais au service du médecin. Les rares hommes qui subsistent dans les établissements sont rapidement cantonnés soit à certains postes – comme les soins aux aliénés, qui à cette époque relèvent plus de la détention que véritablement du soin – ou dans certaines tâches spécifiques – comme les tâches de maintenance et de gros œuvre au sein des établissements – qui ne nécessitent pas d'être au contact direct des malades. Ainsi la distinction entre personnel soignant et personnel servant se résume-t-elle, en partie [8], à une différenciation genrée. L'infirmière est donc avant tout définie comme une femme, et pas n'importe laquelle, parmi les stéréotypes féminins existants. Il s'agit d'une figure dévouée et maternelle. Cette figure s'impose aussi bien en France qu'en Angleterre ou aux États-Unis (Strauss 1966). L'infirmière ne doit faire preuve ni d'initiative, ni d'indépendance, sous peine de nuire au bon déroulement de l'activité de soin (LeRoux-Hugon 1987). Cette idéologie professionnelle est diffusée à travers les revues médicales, mais aussi par les manuels des formations infirmières, bien souvent écrits par des médecins.

La catégorie « infirmière », dont la reconnaissance est actée par l'État, se structure donc autour des tâches de soins réalisées directement auprès des malades. La dénomination « infirmière » devrait s'appliquer désormais au personnel soignant exclusivement. Les autres tâches nécessaires au fonctionnement des établissements étant prises en charge par le personnel servant. Pour des raisons différentes, les médecins comme les religieuses s'accordent sur cette dimension qui permet de conférer plus de prestige aux « infirmières ». Cependant, le faisceau de tâches des infirmières recouvre un champ très étendu : qui va des tâches d'entretien des corps – laver les malades, leur donner à manger, les aider à se déplacer – jusqu'aux tâches de surveillance et d'encadrement. Les médecins réussissent à faire reconnaître à l'État la nécessité de former les infirmières. Toutefois, la forme et le contenu de cette formation ne sont pas fixés. L'opposition se cristallise sur la question de la « moralité » des infirmières, question au moins aussi essentielle que celle de la formation pratique et théorique. Elle sera pour longtemps au cœur des débats qui animent la structuration de cette nouvelle catégorie. Au début du XXe siècle, cette question recouvre en partie celle du recrutement social de cette nouvelle catégorie de personnel. Elle va faire

8. ↑Les femmes restent majoritaires, y compris parmi les personnels servants. Les postes d'infirmière sont réservés aux femmes.

l'objet de définitions concurrentes.

1.1.2 Les infirmières : une catégorie hétérogène

La diversité des initiatives en matière de formation des infirmières tient à deux grands facteurs : la faible définition du rôle de l'infirmière d'une part et de l'autre, le faible investissement de l'État dans la formation de cette nouvelle catégorie. Si l'infirmière est celle qui donne les soins, la définition des soins s'arrête à la séparation entre activités effectuées directement auprès des malades et celles qui ne le sont pas. Cependant, les infirmières vont être amenées à exercer dans différents contextes. De plus, si l'État définit un objectif : offrir des soins de qualité à l'ensemble des Français, les moyens de répondre à cet objectif ne sont pas définis. Comme le notait déjà Everett Hughes « chaque profession se considère comme l'instance la mieux placée pour fixer les termes selon lesquels il convient de penser un aspect particulier de la société, de la vie ou de la nature » (Hughes 1996, pp. 109-110). Dans le cas des soins aux personnes, différents groupes vont s'affronter pour obtenir le droit de dire ce que doit être une infirmière. En recensant diverses initiatives en matière de formation infirmière, nous nous efforcerons de donner un aperçu de l'hétérogénéité des définitions de cette catégorie de personnel au début du XXe siècle.

Les médecins ne sont pas les premiers à prendre en charge la formation des personnels soignants. A la fin du XIXe siècle, durant le conflit entre la France et la Prusse, diverses initiatives de secours aux blessés de guerre voient le jour. Trois grandes sociétés sont créées à cette période : la Société de Secours aux Blessés Militaires (SSBM) qui voit le jour en 1864 ; l'Association des Dames Françaises (ADF) qui est créée en 1879 ; et l'Union des Femmes de France (UFF) , issue d'une scission au sein de l'ADF qui a lieu en 1881. Ces trois sociétés se donnent pour mission de former des femmes capables de venir en aide aux blessés et aux malades de l'armée française. Elles forment ainsi des infirmières ambulancières et des infirmières plus polyvalentes, qui interviennent parfois directement sur le front, mais plus souvent dans les hôpitaux militaires à l'arrière. Ces formations sont courtes et théoriques. Les enseignements, peu nombreux, portent sur quelques notions essentielles d'hygiène. L'une des principales caractéristiques de ces infirmières c'est leur exercice en tant que bénévoles et leur engagement assimilable à un « devoir patriotique » (Knibiehler 1984, p. 99). Les femmes de ces trois sociétés sont également toutes issues des couches les plus aisées de la population française. La SSBM n'accepte, quant à elle, que des femmes issues de l'aristocratie. Très rapidement, ces trois sociétés vont mettre en

place des cours et éditer des manuels qui feront ensuite la preuve de leur efficacité durant les catastrophes civiles ou les expéditions coloniales. Ces trois sociétés fusionneront en 1940 pour former la Croix-Rouge Française [9] qui contribue toujours à former une partie des infirmières françaises de nos jours [10]. Au début du XXe siècle, malgré leur formation – courte au demeurant – ces infirmières « Croix-Rouge », sont parfois moquées au prétexte qu'elles sont des « élégantes » dans un métier qui ne l'est pas par bien des aspects (Senotier 1992). Si leurs origines sociales jouent en leur défaveur, ces infirmières sont aussi attaquées sur leur exercice bénévole. Certains médecins et d'autres infirmières leur reprochent ainsi un « amateurisme distingué » (*ibid.*).

A l'opposée de ces formations courtes, destinées à des femmes de classes aisées qui exerceront en tant que bénévoles, une autre formation va voir le jour : celle impulsée par le Docteur Bourneville [11]. Dès 1878, il met en place et assure lui-même une partie des enseignements des Cours municipaux de l'Assistance Publique de Paris. Le Docteur Bourneville est un ardent promoteur de la laïcisation des hôpitaux. L'idée de ces cours municipaux est de former le personnel de salle, laïc mais peu instruit, afin qu'il puisse remplacer le personnel religieux. Les enseignements sont répartis en deux catégories : un enseignement primaire réalisé par des institutrices et ayant pour objectif de permettre au personnel de salle d'obtenir le Certificat d'Études Primaires (CEP) ; et des enseignements traitant principalement de l'hygiène, de la réalisation de pansements simples, de petite pharmacie, de quelques notions sommaires d'anatomie et de physiologie et enfin de l'administration et de l'organisation hospitalière (LeRoux-Hugon 1987, p. 57). Ces cours sont pensés avant tout comme des enseignements techniques où les pratiques de soins sont passées en revue avec minutie alors que les notions médicales restent survolées. Il s'agit, en même temps, de former les infirmières et de bien circonscrire leur activité. Comme nombre de médecins, le Docteur Bourneville est convaincu que les infirmières doivent bénéficier d'une formation pratique. En revanche, elles ne doivent pas disposer d'un savoir théorique trop étendu. En contrôlant l'accès au savoir médical, les médecins ne souhaitent préserver

9. ↑Avant 1940, seule la SSBM est reconnue par le Comité International de la Croix-Rouge à Genève.

10. ↑Les IFSI de la Croix-Rouge font partie des 18 % d'établissements privés à but non lucratif qui forment les infirmières en France (Castéran-Sacreste 2016). Ils se sont en revanche adaptés aux différentes mesures prises depuis 1922, ayant pour objectif d'harmoniser la formation des infirmières (cf. paragraphe 1.2.1 p.47).

11. ↑Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909) est médecin neurologue et homme politique parisien. Issu d'une famille modeste, après des études de médecine, il deviendra l'assistant de Charcot à la Salpêtrière. En 1873, il deviendra le fondateur du *Progrès Médical*. Ce journal contribuera à diffuser les découvertes scientifiques novatrices et les thèses d'une médecine attentive aux questions sociales et profondément anticléricale. Le Progrès Médical fait partie des revues qui contribueront à diffuser les idées du Docteur Bourneville en matière de formation infirmière.

le monopole de leur activité, récemment acquis. Dans ces formations, l'accent est mis sur l'importance pour l'infirmière d'être une aide du médecin, « aide compétente » techniquement – par la maîtrise des règles d'hygiène et d'asepsie – et « dévouée » aux malades, comme aux médecins et à l'administration (LeRoux-Hugon 1987, *ibid.* p. 56). Ces cours sont sanctionnés par la remise de diplômes professionnels [12]. Cependant, les résultats de ces cours dans les services sont plutôt limités et font l'objet de violentes critiques. Donnés en soirée, après de longues journées de travail, ces cours s'adressent à des personnels qui ne comprennent pas nécessairement toujours les notions enseignées. Les Cours Municipaux sont critiqués pour leur anticléricalisme. Le remplacement des religieuses par un personnel laïc, formé à la hâte, s'effectuerait au détriment de la qualité des soins. Les Cours Municipaux alimentent les critiques sur le caractère intéressé de ces infirmières laïques, qui ne seraient là que pour avoir un emploi. La perméabilité possible entre personnel servant et personnel soignant est, toutefois, loin de faire l'unanimité dans les diverses écoles d'infirmières qui sont créées au début du XXe siècle.

L'une des plus virulente critique de cette ouverture démocratique est portée par le Docteur Anna Hamilton [13]. La « Maison de Santé Protestante » qu'elle ouvre à Bordeaux, en 1901, s'oppose presque point par point au modèle des Cours Municipaux de son collègue parisien. L'idée de cette école – privée, payante et dont les enseignements sont suivis en internat – est de recruter des jeunes filles « de bonne famille », qui ont déjà une solide éducation de base et des aptitudes intellectuelles et morales. La discipline est stricte et le célibat est de mise. Les enseignements portent sur les soins et l'organisation hospitalière. Toutefois, là encore, l'accès au savoir médical est restreint. L'école est inspirée du modèle de la nurse anglaise construit et porté par Florence Nightingale [14]. Ce modèle prône une attention particulière à l'environnement du patient : l'hygiène en fait partie, mais également le calme, l'éclairage et ce que les patients ou leurs proches peuvent exprimer. Ce qui le

12. ↑Ces diplômes seront obligatoires pour accéder aux fonctions d'encadrement dans les hôpitaux de l'Assistance Publique

13. ↑Anna Hamilton (1864-1935) est issue d'une famille d'aristocrates britanniques protestante qui se sont installés en France. Elle sera la première femme à entrer à la faculté de médecine de Marseille. Elle convaincra un banquier de financer son travail de thèse et réalisera une enquête sur l'organisation des soins hospitaliers et les pratiques soignantes. Durant ce travail elle se rapprochera de Florence Nightingale. La parution de sa thèse, en 1900, viendra alimenter les débats sur la formation des personnels soignants. Elle y défend une conception des infirmières, à la fois, professionnelles chargées de l'organisation des soins et disposant d'un statut égal à celui du médecin.

14. ↑Florence Nightingale (1820-1910) est une infirmière britannique. Issue d'une famille de l'aristocratie protestante, elle côtoie nombre de politiciens et de médecins réputés. Sans véritable formation, elle acquiert de l'expérience par des stages dans différents hôpitaux, notamment à Paris, auprès de médecins. Elle se distinguera pendant la Guerre de Crimée en contribuant à la diminution du taux de mortalité des blessés. Elle instaure alors des mesures d'hygiène drastiques et obtient le nettoyage des égouts et de la ventilation de l'hôpital de Scutari où elle est envoyée.

différencie du modèle porté par les médecins français. Il permet en effet de développer un territoire d'intervention propre à l'infirmière. Dans cette école, adossée à un hôpital, il s'agit de former des soignantes qui seront en quelque sorte d'un niveau et d'un statut égaux à ceux des médecins. Le Docteur Hamilton défend une conception radicalement opposée à celle du Docteur Bourneville en ce qui concerne le recrutement des infirmières. Elle milite pour la reconnaissance de celles qu'elle nomme les « garde-malades » comme les égales du médecin. Si cette appellation a aujourd'hui plutôt une connotation négative, à l'époque, elle est un moyen de ne pas assimiler les femmes formées à Bordeaux avec les infirmières qui constituent une catégorie hétérogène ne permettant pas leur identification comme un groupe professionnel. En recrutant les élèves exclusivement dans les classes aisées, elles pourront constituer une « élite » parmi les personnels des hôpitaux, chargée de l'organisation des soins, à l'image de ce qui se fait en Angleterre. Anna Hamilton recrute également des jeunes femmes ayant un niveau d'éducation élevé, c'est-à-dire ayant au minimum un brevet supérieur, le baccalauréat, voire une licence. De solides connaissances en langues étrangères sont également appréciées (Diebolt 2012, p. 95). Cette élite serait alors garante de la qualité des soins auprès des malades. Le Docteur Hamilton déplore que des soignantes de condition modeste soient formées dans les Cours Municipaux : elle appuie ces considérations sur les résultats médiocres de cette formation démocratique. Elle critique également vertement les infirmières des sociétés de la « Croix-Rouge » pour leur manque de professionnalisme. Un nombre assez conséquent – par rapport aux autres écoles – de jeunes femmes sont diplômées de la Maison de Santé Protestante de Bordeaux. Elles trouveront à s'embaucher dans de nombreux hôpitaux publics ou privés, où elles exerceront souvent, en plus des tâches de soins, des fonctions d'encadrement [15]. Afin de défendre sa conception de la formation des « gardes-malades », Anna Hamilton crée en 1908 le Conseil National Français des Directrices d'Hôpitaux (CNFDH). Cette association a pour but de défendre le travail hautement qualifié des gardes-malades qui assurent des fonction de directrices des hôpitaux. Cette association s'inscrit dans les mouvements féministes des premières femmes avocats et médecins. Nombreuses sont les adhérentes qui considèrent que la seule façon d'exercer dans le domaine de la santé, sans occuper une place subalterne, c'est de constituer une profession autonome et exclusivement féminine (Diebolt 2001, p. 269). Cette conception des soins ne rencontre que très peu d'écho en France et les adhérentes de l'association seront dispersées suite à la Première Guerre mondiale (cf. paragraphe 1.2.1 p.

15. ↑Ces dernières sont souvent, à cette période, confiées soit aux religieuses, par habitude, soit aux personnels issus des services généraux des hôpitaux (Eggers 2008).

47).

Une autre conception des soins et de la formation des infirmières s'élève contre la formation anticléricale du Docteur Bourneville, celle de Léonie Chaptal[16]. Cette femme issue d'une famille appartenant à la noblesse catholique[17], s'implique dans des œuvres sociales dans le quartier de Plaisance, un faubourg parisien, au début des années 1900 (Debout, Magnon 2014). Elle souhaite venir en aide aux familles modestes de ce quartier au plan matériel, avec la construction de logements à loyers modérés et l'amélioration de la salubrité des logements existants. Elle fait également ouvrir un hôpital local, des consultations médicales et un dispensaire antituberculeux[18]. Léonie Chaptal prend conscience que l'amélioration des conditions de vie passe aussi par un travail d'éducation à l'hygiène directement auprès des familles modestes. Ce travail s'apparente à une éducation morale, par le biais de la transmission de valeurs et de normes sociales des classes les plus aisées qui doivent être adoptées par les classes les plus modestes. Ce travail étant réalisé à domicile, principalement auprès des mères de famille, les femmes sont mieux accueillies et obtiennent de meilleurs résultats que les hommes[19]. Forte de son implication dans le domaine sanitaire et social, Léonie Chaptal voit dans la catégorie d'infirmière en cours de structuration une possibilité pour améliorer les soins en dehors des structures hospitalières. Après avoir elle-même suivi diverses formations d'infirmières[20], pour se faire une idée des modèles existants, Léonie Chaptal ouvre, en 1905, la « Maison-École d'infirmières privées » à Paris. On notera qu'ici Léonie Chaptal retient le terme « infirmière » pour désigner les

16. ↑Léonie Chaptal (1873-1937) est issue d'une famille appartenant à la noblesse française, impliquée dans la vie politique du pays. Éduquée dans une famille catholique très pieuse, et bien que catholique elle-même elle se revendiquera toujours, dans ses diverses fonctions, comme une partisane de la laïcité. Elle jouera un rôle important dans le processus de reconnaissance professionnelle des infirmières (cf. paragraphe 1.2.1 p. 47). Son parcours et ses prises de positions ont été facilités par ses relations dans le milieu politique et économique et par sa fortune personnelle.

17. ↑Son grand-père, Jean-Antoine Chaptal, médecin et chimiste, fut nommé ministre de l'Intérieur par Napoléon Bonaparte. Ce portefeuille comportait alors des questions relatives au domaine sanitaire et social.

18. ↑Elle suit, en cela, les prescriptions du Docteur Calmette à Lille, qui dès 1901 crée à Lille le premier dispensaire antituberculeux. Il considère les dispensaires comme « l'organe essentiel de l'hygiène sociale », qui vise à éradiquer les maladies contagieuses travers l'éducation des masses populaires (Knibiehler 1984 , p. 141).

19. ↑C'est ce qu'a pu constater le Docteur Calmette dans la région lilloise lorsqu'il a d'abord essayé d'envoyer des moniteurs d'hygiène recrutés parmi les ouvriers. Mais ces derniers n'étaient accepté dans les foyers ni par les femmes ni par leurs maris (Knibiehler 1984 , *op.cit.* p. 141).

20. ↑Avant d'entreprendre ses œuvres à Paris, Léonie Chaptal suivra une formation d'infirmière avec la SSBM, dont elle sera diplômée en 1899. Quelques années plus tard, elle suivra la formation dispensée à l'Assistance Publique de Paris, et obtiendra le certificat d'aptitude en 1903 (Diebolt 2001 , *op.cit.* pp. 94-95). A la suite de cette formation, elle écrira un article dans la Revue des deux Mondes en 1904, dans lequel elle critique vertement la médiocrité du système de formation de l'Assistance Publique (LeRoux-Hugon 1987 , p. 58). Léonie Chaptal s'intéressera aussi aux travaux de thèse du Docteur Anna Hamilton qui s'intéresse au personnel soignant des hôpitaux de différents pays d'Europe occidentale. Enfin, Léonie Chaptal fera un séjour en Angleterre pour observer le modèle infirmier et l'organisation des soins qui y est développée (Debout, Magnon 2014 , *op.cit.*).

soignantes formées dans son école. Cette école est, comme celle ouverte par Anna Hamilton, socialement sélective. L'idée de Léonie Chaptal est « non seulement de donner une instruction professionnelle la plus complète et la plus perfectionnée possible, mais encore de relever le niveau moral de l'infirmière en recrutant leurs élèves dans des milieux de bonne éducation et de haute tenue morale » (LeRoux-Hugon 1987, pp. 66-67). La sélection est toutefois moins drastique que dans l'école d'Anna Hamilton. Léonie Chaptal recrute ses élèves – beaucoup moins nombreuses qu'à Bordeaux – parmi les détentrices du Certificat d'Études Primaires (CEP) qui ont bénéficié d'une éducation ménagère dans leurs familles (Diebolt 2001, *op.cit.* p. 95). Les enseignements, d'une durée de deux ans, sont suivis en pensionnat. Ils sont délibérément orientés vers la pratique et l'ouvrage de référence est adapté d'après un ouvrage d'une infirmière britannique. Les stages pratiques, réalisés directement au lit du malade, ont une grande importance dans l'enseignement. C'est là, plutôt que dans les salles de cours, que les infirmières apprennent le métier. Cependant, contrairement au modèle développé par Anna Hamilton, la Maison-École n'est pas directement rattachée à un hôpital. Elle est indépendante. Les stages sont réalisés dans différents hôpitaux parisiens à la fois publics et privés.

Face à ces modèles alternatifs et devant le manque effectif de résultats des Cours Municipaux sur la qualité des soins, la direction de l'Assistance Publique de Paris entreprend une transformation de l'enseignement destiné aux infirmières. En 1907, les Cours Municipaux font place à l'École d'infirmière de la Salpêtrière. Il s'agit d'offrir une véritable formation, en deux ans, mêlant apprentissages théoriques et stages pratiques dans les différents services de l'hôpital (LeRoux-Hugon *et al.* 1987). Le principe du recrutement reste cependant celui d'une ouverture démocratique. Les enseignements concernent alors principalement trois aspects : une initiation aux notions élémentaires d'anatomie et de physiologie ; de solides connaissances techniques ; et une nécessaire éducation aux vertus morales. Comme dans les autres écoles d'infirmières, l'internat est obligatoire et les élèves soumises à un emploi du temps minuté. Une différence persiste toutefois. A l'École de la Salpêtrière, les élèves doivent maîtriser « l'art difficile de la ménagère » (*ibid.* p. 196). Les programmes contiennent encore des enseignements relatifs aux préceptes ménagers. Cela suscite des moqueries de la part du Docteur Anna Hamilton, pour qui ces pratiques ménagères font de l'infirmière une « domestique », bien loin de l'image de l'élite qu'elle défend. A l'École de la Salpêtrière, ce maintien est justifié par la nécessité pour les infirmières de maîtriser ces techniques si elles veulent pouvoir commander le personnel servant. Le maintien de

l'enseignement de ces tâches ménagères est un indice de la place des infirmières dans la division du travail de soin à l'Assistance Publique de Paris. En les maintenant dans un rôle domestique, il préserve le caractère subordonné de leur actviité. Ces études sont rémunérées dès la première année et sanctionnées par un brevet qui tient compte tout à la fois des « connaissances théoriques et pratiques » et des « aptitudes professionnelles et morales » (*ibid.* p. 197).

Des différentes conceptions de l'infirmière un dénominateur commun semble émerger : les infirmières sont des femmes qui doivent pouvoir, par leur naissance et/ou par leur formation, apporter des garanties de leur « moralité ». L'émergence d'une nouvelle catégorie de professionnelle ne se réalise donc pas mécaniquement suite à des modifications techniques ou de nouveaux besoins en compétences. Elle doit tenir compte de dimensions culturelles et symboliques. Cette catégorie est réservée aux femmes, les hommes n'étant pas jugés aptes à réaliser ces tâches de soins. Cette nouvelle catégorie exclusivement féminine se heurte alors à une question « morale », utilisée par les religieuses comme un argument pour lutter contre leur éviction du domaine des soins. Cet argument est également repris par d'autres – comme Anna Hamilton ou Léonie Chaptal – qui, consciemment ou non, font de l'activité de soin l'une des voies d'émancipation privilégiée pour des femmes de bonnes familles. A cette époque, la division du travail entre les sexes tend à se renforcer, dans les milieux aisés, faisant de l'homme l'unique pourvoyeur de revenu et cantonnant la femme au rôle de maîtresse de maison. Ces femmes qui cherchent à s'émanciper de leur rôle domestique dans la sphère familiale, se retrouvent confrontées à la volonté des médecins de les maîtenir dans ce rôle dans la sphère professionnelle.

La catégorie infirmière prend forme autour d'un faisceau de tâches relatif aux soins des malades (Hughes 1996, p. 71). Toutefois, les femmes qui devront les prendre en charge, restent l'objet de définitions concurrentes. L'un des points de cristallisation des principaux désaccords concerne le statut des infirmières. Si la circulaire de 1902 instaure une séparation entre les tâches incombant au personnel servant et celles relevant de l'infirmière, le domaine des soins au malade est encore vaste. Il s'étend, selon les définitions, de l'entretien des corps jusqu'au rôle d'encadrement d'autres catégories de personnels. Le Docteur Hamilton qui entend faire de l'infirmière l'égale du médecin, pour garantir la qualité des soins, souhaite que toutes les tâches assimilables à des tâches domestiques soient déléguées au personnel servant. Elle milite pour une séparation stricte entre ces deux catégories de personnel, qui facilitera l'identification des infirmières. A l'inverse, les Cours Municipaux et plus tard

l'École de la Salpêtrière opèrent un recrutement beaucoup plus ouvert, permettant au personnel servant d'espérer une progression à l'intérieur de l'hôpital. Un autre aspect de la diversité des infirmières concerne l'endroit où elles exercent. Si, dans toutes les formations, l'hôpital occupe une place importante, nombre de soignantes exercent à domicile, dont celles qui sont formées par dans la Maison-École de Léonie Chaptal. Cette dernière défend d'ailleurs la particularité et l'importance de l'exercice à domicile dans la prévention des maladies contagieuses, comme la tuberculose, et l'éducation des familles les plus modestes dans la réduction de la mortalité infantile.

Au début du XXe siècle, les missions de l'infirmière sont encore loin d'être rigoureusement définies. L'objectif fixé par les pouvoirs publics d'assurer des soins de qualité à tous les citoyens est, dans sa mise en œuvre, sujette à des définitions concurrentes. Le Docteur Anna Hamilton entend créer un corps de professionnelles, les « gardes malades » qui disposent d'un statut égal à celui des médecins. Elle rejette donc vigoureusement l'appellation « infirmière » qui est, à l'époque, associée à l'infirmité, à la fatalité et à la morbidité (Diebolt 2001, p. 116). D'autres médecins, à l'image du Docteur Bourneville, souhaitent que les infirmières soient formées, certes, mais qu'elles leur restent subordonnées. S'ils se préoccupent du statut professionnel de celles qu'ils considèrent bien souvent comme des « petites mains », c'est surtout dans le but d'évincer les religieuses des hôpitaux. Léonie Chaptal voit dans les infirmières, une catégorie de professionnelles qui pourront jouer un rôle d'importance dans le recul des maladies contagieuses parmi les classes populaires, notamment à travers l'exercice à domicile. L'obtention d'un statut professionnel et d'un salaire décent font partie de ces principales préoccupations, bien qu'elle subordonne l'exercice de leur activité à la tutelle médicale. A l'opposée, certaines catholiques, mais aussi les infirmières issues des sociétés « Croix-Rouge », considèrent que la meilleure façon d'apporter des soins de qualité repose sur le dévouement, la vocation et éventuellement la foi. Elles dénient alors la nécessité du caractère professionnel de l'activité. Tout cela ne permet pas encore l'identification et la reconnaissance des infirmières en tant que groupe professionnel. Un indicateur de cette non-reconnaissance peut être observé dans le nom que l'on donne à ces femmes qui dispensent les soins. Si elles sont très souvent nommées infirmières, les dénominations « garde-malade » ou « visiteuses » sont également en usage. La pluralité des formations, leur hétérogénéité et l'absence d'obligation de diplôme pour dispenser les soins ne facilitent pas la reconnaissance des infirmières en une entité professionnelle. La structuration du groupe professionnel se réalisera progressivement dans la première moitié

du XXe siècle.

1.2 Naissance du groupe professionnel

1.2.1 Une structuration organisée autour du modèle proposé par Léonie Chaptal

Le début du XXe siècle est marqué par des affrontements entre les différents « modèles » de formation infirmière. L'un des moments marquant et public de ces affrontements se produit durant le IIIe congrès de l'International Concil of Nurses (ICN) [21] qui aura lieu à Paris en 1907 et dont le thème est consacré à la formation des infirmières. Lors de ce congrès, tous les « modèles » de formation des infirmières sont représentés et font état de leurs résultats. Anna Hamilton occupe durant le congrès une place importante, intervenant et distribuant de la documentation sur sa conception des soins infirmiers. Elle est vice présidente honoraire à titre personnel [22]. Le Docteur Bourneville fait également une intervention, ainsi que le directeur de l'Assistance Publique de Paris. Ils reconnaissent les lacunes du système de formation. Léonie Chaptal est présentera également une communication en anglais et ouvrira les portes de sa Maison-École. Elle se fait ainsi connaître par l'élite de l'ICN. Pour l'ICN, ce congrès est l'occasion de discuter des moyens qui peuvent être mis en œuvre pour structurer le groupe professionnel, notamment autour de la création d'une association et la diffusion de revues spécialisées. A l'issue de ce congrès, on pourrait s'attendre à ce que ce soit le modèle prôné par Anna Hamilton qui l'emporte, dans la mesure où il a déjà fait ses preuves dans les pays anglo-saxons. Pourtant, c'est Léonie Chaptal qui permettra au groupe professionnel de prendre forme. Elle est très appréciée pour ses prises de positions « modérées » et ses capacités de négociatrice, là où Anna Hamilton est crainte pour sa « rigueur sans concession » (Diebolt 2001, *op.cit.* p. 96). Léonie Chaptal ne remet pas directement en cause la domination des médecins dans le champ de la santé et bien que catholique, elle défend officiellement une formation laïque. Ses compétences élargies dans le

21. ↑L'ICN est une association internationale spécialisée qui vise à regrouper les associations nationales de nurses de tous les pays du monde. Elle a été fondée en 1899 par une initiative anglo-américaine – les premiers pays adhérents sont la Grande-Bretagne, les États-Unis, le Canada, puis l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Le but de cette association est de faire pression sur les États-Nations pour faire reconnaître l'importance de la professionnalisation des infirmières, notamment via le modèle de la nurse.

22. ↑Elle est membre de l'ICN depuis le premier congrès qui a lieu en 1901 à New-York. Elle y dresse un bilan très sombre de la situation en France, dénonçant la place prépondérante des congrégations religieuses dans les hôpitaux et la faiblesse des Cours Municipaux. Dès le deuxième congrès, à Berlin en 1904, elle est élue vice-présidente honoraire pour la France. Au vu des tensions entre les différents « modèles » de formation infirmière en France, l'ICN lui demande de conserver ce statut seulement à titre personnel en 1907.

domaine de la santé vont aussi lui permettre de peser dans les décisions. Si Léonie Chaptal fonde la Maison-École de Paris en 1905, elle est loin d'y consacrer toute son énergie [23]. Depuis le début de ses œuvres sociales dans le quartier de Plaisance situé dans le XIVe arrondissement, elle s'intéresse tout particulièrement à la façon de traiter et d'endiguer les épidémies de tuberculose. Elle acquiert de solides connaissances sur les traitements en aval, elle comprend très tôt qu'il est primordial de repérer les individus atteints par la maladie qui ne se déplacent pas jusqu'au dispensaire. C'est pourquoi elle met l'accent sur l'importance des infirmières visiteuses, qui effectuent un travail de repérage directement au domicile des personnes. Cet intérêt pour la tuberculose, maladie dont la gravité et la notoriété sont importantes, et les bons résultats qu'elle obtient grâce aux visiteuses lui permettent d'intégrer les grands organismes internationaux de lutte contre la maladie, tel que le congrès international de lutte contre la tuberculose, dont elle sera membre dès 1903 (Diebolt 2012, *op.cit.* p. 98). Elle fréquente alors des cercles médicaux et scientifiques internationaux. Cette reconnaissance internationale et ses bons résultats dans le quartier de Plaisance, conduisent à sa nomination au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique (CSAP) en 1913. Le CSAP, institution jouant un rôle consultatif et de contrôle dans le domaine de la santé, tient lieu de ministère de la Santé. Cette nomination donne donc un poids important à Léonie Chaptal au niveau national.

Dans la structuration du groupe professionnel, la Première Guerre mondiale va constituer un élément de contexte important. Tout d'abord, les infirmières gagnent en visibilité lors du conflit. Les infirmières « Croix-Rouge » deviennent alors, en quelque sorte, des représentantes de la profession dans l'imaginaire collectif, contribuant à donner une image positive des infirmières. C'est toutefois après le conflit que les enjeux relatifs à la formation des infirmières vont être les plus importants. La population française masculine a été décimée par les années d'un conflit qui s'est éternisé. Le pays est à reconstruire et les problématiques sanitaires sont nombreuses : grippe « espagnole », tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme, mortalité infantile, sans compter les soins et la rééducation des blessés de guerre. Ces problématiques vont être utilisées par Léonie Chaptal pour faire entendre aux autorités la nécessité d'une régulation et d'un encadrement des formations permettant d'exercer en tant qu'infirmière [24]. Les besoins en personnels soignants durant

23. ↑Contrairement à Anna Hamilton qui jette toute son énergie dans la Maison de Santé Protestante de Bordeaux, dans la formation et la structuration des infirmières de manière générale.

24. ↑La nécessité d'une régulation de la formation d'infirmière est rappelée à l'adresse du Président de la République par Paul Strauss, le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales : « Les infirmières improvisées ont rendu d'inoubliables services en ces années tragiques mais des mesures doivent

la Grande Guerre ont permis le développement de formations très courtes pour pouvoir disposer de personnel le plus rapidement possible. Léonie Chaptal va alors militer au sein du CSAP pour obtenir un titre régulant l'exercice infirmier[25]. En 1921, elle rédige un rapport expliquant :

> *La nécessité de réglementer l'exercice de la profession d'infirmière en France. La profession d'infirmière comme tout autre métier véritable, exige un réel apprentissage. Lorsqu'une profession comporte dans son exercice un danger quelconque, elle doit être réglementée. Lorsque, d'autre part, elle devient d'utilité publique, il est nécessaire que l'État intervienne et la prenne sous sa surveillance.*
>
> *(Léonie Chaptal, Rapport présenté les 27 et 28 janvier 1921 au CSAP)*[26]

Léonie Chaptal milite alors pour une formation en deux ans permettant de former assez rapidement le personnel exerçant déjà dans les hôpitaux, là où d'autres, dont le Docteur Hamilton, voudraient une formation en quatre ans. La conception de l'infirmière développée par Chaptal n'est en rien révolutionnaire : elle propose un modèle de régulation qui obtienne « l'approbation populaire, celle des milieux politiques, administratifs, religieux ainsi que celle des milieux médicaux et infirmiers, tous très hétérogènes et traversés de courants antagonistes » (Diebolt 2012, p. 99). Elle réalise ce tour de force en empruntant des éléments aux différents modèles de formation infirmière existants.

Dans la conception qu'elle donne de l'infirmière, Chaptal reprend tout d'abord l'argument utilisé par les médecins. Lors de la séance du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique du 27 janvier 1921, Chaptal déclare :

> *En raison de la découverte des différents germes infectieux, il s'est créé, pour les soins à donner dans les hôpitaux publics et privés, une technique qui échappe aux amateurs et depuis lors, ce n'est pas la bonté d'âme qui peut remplacer l'apprentissage préalable*[27].

La formation est donc indispensable. Bien que très approfondie au plan pratique, la formation doit être succincte au plan théorique pour ne pas empiéter sur le territoire des

être prises pour préparer et garantir l'avenir. Au surplus, les applications modernes de l'hygiène sociale – protection du premier âge, prophylaxie antituberculeuse et antivénérienne, notamment – sont venues apporter aux infirmières actuelles un champ d'activité élargi. Médecins et Hygiénistes sont d'accord pour souhaiter qu'une formation professionnelle leur soit imposée, comprenant d'une part des notions générales communes, d'autre part des spécialisations d'ordre technique, selon chacune des catégories à pourvoir, sans compter l'aptitude morale dont toutes devront faire preuve. » (Journal Officiel du 1er juillet 1922 p. 6880).

25. ↑Evelyne Diebolt explique que Léonie Chaptal entretenait, par ailleurs, des relations d'amitié avec Jeanne Millerand, la femme du Président de la République française, et de bonnes relations avec Paul Strauss, devenu successivement président du CSAP puis ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, de 1922 à 1924.

26. ↑Citée par Evelyne Diebolt (Diebolt 2001 , p. 257).

27. ↑Archives de l'Assistance Publique cité par Anne-Marie Arborio (Arborio 2012a , nbp p. 27).

médecins. En effet, nombre de médecins, encore peu assurés sur la définition de leur propre rôle, voient un danger potentiel dans cette nouvelle catégorie de soignantes. Les médecins exercent encore eux-mêmes certains soins et n'acceptent pas facilement de confier cette responsabilité à une catégorie féminine, même lorsque celle-ci dispose d'une formation. Ils y voient une menace de leur juridiction (Abbott 1988). Les infirmières risqueraient de s'approprier une partie de leurs activités, sans leur consentement. Pour parer les critiques en provenance du corps médical, Léonie Chaptal affirmera à plusieurs reprises que le rôle de l'infirmière est bien distinct de celui du médecin :

> *La profession de l'infirmière n'est pas sur le même plan que la profession médicale. Quelle est la science du médecin ? La maladie, ses causes, ses remèdes – diagnostic, pronostic – lui appartiennent. Quel est l'art de l'infirmière ? La connaissance du malade, les moyens de la soulager dans les mille circonstances que lui fait traverser son affliction. Ni diagnostic, ni pronostic : soumission au médecin.*
>
> *(Léonie Chaptal, article de la revue* L'infirmière française*, 1924, p. 122)*

Elle circonscrit ainsi les domaines d'actions de l'infirmière et du médecin. Cette ligne de démarcation n'est, bien entendu, pas née à ce moment-là, mais il est intéressant de constater qu'elle est reprise par Chaptal. Cependant, Chaptal fait ici plus qu'énoncer une séparation, elle conforte la domination existant dans le monde de la santé. Le groupe des médecins, très majoritairement masculin, est placé du côté de la science et donc du savoir légitime et des procédures rationnelles. Les médecins peuvent s'appuyer sur un corps constitué de savoirs théoriques et techniques. Les décisions qu'ils prennent sont étayées par des raisonnements logiques et a minima objectifs. Tandis que les infirmières, groupe très majoritairement féminin, sont du côté de l'art et donc de la subjectivité et de la sensibilité. Placer les infirmières du côté de l'art contribue ainsi à renforcer la naturalisation de leurs compétences et à ne leur reconnaître que des qualités, supposément féminines. Les qualités des infirmières restent alors subordonnées à la science des médecins dont elles doivent respecter l'autorité. Le savoir médical établit une séparation stricte entre les médecins et tous les autres soignants qui seront appelés « personnel secondaire des hôpitaux », « auxiliaires médicaux » ou encore « paramédicaux » [28]. Dénomination qui constitue en elle-même un indice de la domination du corps médical et qui la perpétue (Freidson 1986). L'exercice en tant qu'infirmière peut ainsi être conçu comme l'exercice d'une vocation de « sainte

28. ↑Ces dénominations recouvrent des catégories de soignants différentes selon les époques. Les paramédicaux étaient au début du XX e siècle les concurrents directs des médecins : masseurs, dentistes, etc. Ce terme a peu à peu renvoyé aux catégories subalternes qui exercent aux côtés des médecins à l'hôpital.

laïque », pour laquelle l'ordre scientifique aurait remplacé l'ordre religieux. La figure de l'infirmière est alors « un des symboles de l'accès de la femme du XIXe siècle au travail, exercé en dehors de la sphère privée dans le cadre du salariat » (Acker, Arborio 2004, p. 648), d'où l'importance de l'encadrement de cet exercice au plan moral. Dans la conception de l'infirmière qu'elle défend Chaptal se rapproche également des conceptions des écoles privées par l'importance qu'elle accorde à la bonne éducation de base des infirmières. Ces dernières doivent pouvoir justifier d'un niveau d'éducation minimal. Chaptal insiste aussi sur l'importance de l'enseignement moral au sein des écoles. Enseignement qu'elle assure elle-même dans la Maison-École qu'elle dirige. Elle répond ainsi aux craintes pointées par les religieuses. Cela montre bien, s'il en était besoin, que la définition du rôle des infirmières ne peut être totalement comprise si l'on s'en tient à sa dimension purement technique.

En 1922, plusieurs brevets de capacité professionnelle sont créés. Ils donnent le droit de porter le titre d'infirmière diplômée de l'État français. Ce titre est reconnu nationalement par le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Il est accordé « aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et à diverses infirmières à spécialité restreinte : puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc »[29]. On reconnaît l'influence de Léonie Chaptal dans la place réservée aux visiteuses et à leurs activités de prévention et de repérage des problématiques sanitaires effectuées directement à domicile[30]. Léonie Chaptal défend une conception de l'activité infirmière liant activité sociale et activité médicale. Elle s'opposera par la suite aux mesures visant à séparer ces deux types d'activités[31]. Le décret stipule deux conditions nécessaires pour obtenir l'un des brevets de capacité professionnelle : l'infirmière doit pouvoir justifier d'une formation pratique dans une des écoles reconnues par le ministère, ainsi que de la réussite d'un examen terminal. La composition du jury d'examen terminal permet d'apprécier le poids de la profession médicale dans la formation des infirmières. Ce jury est en effet composé d'au moins un médecin ou chirurgien professeur des universités, d'un ou plusieurs médecins praticiens en exercice, d'une ou plusieurs représentantes d'écoles d'infirmières et d'un infirmier ou d'une infirmière en exercice[32]. L'article 3 du même décret instaure la

29. ↑Décret paru au Journal Officiel du 1er juillet 1922, p. 6881

30. ↑Il faut par ailleurs noter la forte structuration des associations de visiteuses chargées de faire appliquer les directives médicales en matière de prévention des maladies contagieuses. Les fondations américaines – la Croix-Rouge et la fondation Rockfeller – et les subsides conséquents, qui arrivent en France à la fin de la Première Guerre mondiale, vont également jouer un grand rôle dans la reconnaissance des visiteuses (Knibiehler 1984, pp. 142-147).

31. ↑Ces efforts seront vain. Les assistantes sociales se verront reconnaître un diplôme spécifique en 1932. Les diplômes d'infirmière et d'assistante sociale seront séparés en 1938 (cf. 1.2.2 p. 55)

32. ↑Article 1er du Décret *ibid.* p. 6881

création d'un Conseil de Perfectionnement des Écoles d'Infirmières (CPEI) qui aura pour mission principale d'apporter des modifications et des améliorations aux programmes et aux enseignements. Ce conseil est composé de vingt-cinq membres, nommés par le ministère, pour au minimum trois ans. Jusqu'en 1937 Léonie Chaptal en est la vice-présidente, tandis que la présidence est assurée par son ami le Professeur Letulle [33], jusqu'en 1929. Le CPEI fournit également un avis consultatif sur l'autorisation des écoles à délivrer un, ou plusieurs, des brevets de capacité. Le CPEI contrôle les modalités de recrutement des élèves ainsi que celles des professeurs et des chargés de cours ; la nature et la durée des enseignements théoriques et pratiques ; le fonctionnement des internats ; et les modalités d'insertion des élèves sur le marché de l'emploi. Le CPEI joue donc un rôle important dans l'harmonisation des formations permettant d'obtenir le titre d'Infirmière Diplômée de l'État français [34]. Si la décision finale revient au ministère, les avis de Conseil de Perfectionnement sont très souvent suivis. Il fixe la durée minimale de formation à deux ans, dont la première année est commune aux visiteuses et aux hospitalières. Par ailleurs, les médecins présents au CPEI et au jury d'examen assurent un contrôle sur les enseignements. Les travaux du CPEI conduiront à l'uniformisation nationale du programme des études dès 1924 [35]. Ce programme entretient une certaine ambiguïté quant à la frontière entre personnel servant et personnel soignant – malgré la circulaire de 1902 – dans la mesure où des enseignements de nature médicale côtoient des enseignements ménagers (LeRoux-Hugon 1987). Le titre d'Infirmière Diplômée d'État, évalué et reconnu au niveau national, constitue la première étape de la structuration du groupe professionnel. Il n'a toutefois pas encore un caractère obligatoire. Le décret précise que lors de l'embauche, le choix doit se porter « de préférence » sur des infirmières brevetées. Le titre d'infirmière ne ferme donc pas le marché du travail. Cependant, les pouvoirs publics prennent conscience de la nécessité de contrôler l'exercice de la profession. A cet effet, en 1925, le ministère crée le Bureau Central des Infirmières. Il sera notamment chargé de l'attribution des équivalences au diplôme d'État. En 1931, on compte entre cinq à six fois moins de diplômes accordés après une formation et un examen d'État, que de diplômes accordés par équivalence [36].

33. ↑Maurice Letulle (1853-1929) est médecin, spécialiste en anatomie pathologique, diplômé de la faculté de médecine de Paris.

34. ↑Des dispositions transitoires existeront pendant deux ans. Elles permettront aux infirmières diplômées avant 1922 par des écoles reconnues par le ministère, de demander par équivalence à porter le titre

35. ↑Journal Officiel du 16 décembre 1924 p. 10989.

36. ↑On recense, à cette date, exactement 5 108 diplômes accordés après examen d'État et 28 564 diplômes accordés par équivalence (Duboys Fresney, Perrin 2009 , p. 22)

Le travail d'unification du groupe professionnel ne passe pas uniquement par la reconnaissance légale. Les tenantes du catholicisme social ne se laissent pas aisément exclure des activités de soin. Une partie des infirmières, revendiquant leur appartenance au catholicisme et récusant la formation professionnalisante naissante, se coalisent en 1921. Sous la houlette de Marie d'Airoles [37], elles forment l'Union Catholique des Services de Santé (UCSS). Via cette association, profondément confessionnelle, Marie d'Airoles entend affirmer que « pour être une bonne soignante, la vocation, la foi et la capacité d'obéissance priment sur la formation » (Diebolt 2001, *op.cit.* p. 103). L'UCSS est une farouche opposante au caractère obligatoire du titre d'infirmière et des brevets de capacités. Selon les principes qu'elle défend, les soins doivent être donnés bénévolement sous la direction des médecins et avec la religion catholique comme cadre de pensée. Cette association gagnera en puissance jusqu'en 1939 – elle comptera alors 14 000 adhérents – avant de s'engager sur la voie du déclin dans les années 1950. Dans les années 1920, l'idéologie de la vocation (Suaud 1975) développée par l'UCSS constitue la principale opposition aux conceptions développées par Léonie Chaptal. Pour faire face à cette menace Léonie Chaptal crée en 1924 l'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'État Français (ANIDEF). Elle en sera la présidente. Cette association affiche une neutralité confessionnelle et ne recrute que des infirmières diplômées. Cela explique en partie son faible nombre d'adhérentes : 3000 en 1932. Rapidement Léonie Chaptal se met en quête de soutiens internationaux et choisira l'ICN. Cette puissante association, tenue majoritairement par des protestantes anglo-américaines, va être un soutien précieux pour Léonie Chaptal. Au plan national, l'association de Léonie Chaptal – qui est catholique bien qu'elle défende une formation laïque – avec des infirmières protestantes est vue comme un gage d'engagement envers la laïcité. L'ANIDEF apparaît comme « l'association consensuelle et représentative des infirmières françaises » (Diebolt 2001, *op.cit.* p. 104). Par ailleurs, en 1923, Léonie Chaptal s'associe à la création d'une revue nationale à destination des infirmières : *L'infirmière française*, revue mensuelle d'enseignement technique. Cette revue est créée à l'initiative de plusieurs médecins dont le Professeur Calmette [38]. Elle est destinée à l'ensemble des

37. ↑Marie de Liron d'Airoles (1884-1945) est issue d'une famille aisée profondément catholique qui s'engage dans les combats contre la laïcité. Elle militera très jeune au sein de La ligue patriotique des Françaises. C'est une association catholique dont l'objectif est d'exercer une influence politique en fournissant un soutien à des candidats opposés à la laïcité. En 1914, elle s'engage comme infirmière à la SSBM et est formée sur le terrain.

38. ↑Albert Calmette (1863-1933) est médecin bactériologiste et hygiéniste dont les recherches portent principalement sur la tuberculose. Il est un des pionniers dans le recours à des personnel au domicile des familles, dès 1901. Il avait déjà noté que les femmes étaient plus efficaces, plus persuasives et mieux reçues que les hommes dans les familles modestes (Vilbrod, Douguet 2006).

infirmières françaises, contrairement aux autres revues existant à l'époque [39]. Cette revue a pour objectif de construire une culture professionnelle commune à l'ensemble de la profession. Si les articles médicaux y tiennent une place importante, on y trouve également des articles sur la formation infirmière et la profession de manière plus générale. En 1923, Léonie Chaptal fait partie du comité de rédaction et elle en deviendra rédactrice en chef en 1929. A cette date, la revue devient l'organe officiel de l'ANIDEF, permettant à Léonie Chaptal de défendre plus efficacement sa conception du métier [40]. Elle fait paraître de nombreux articles visant à défendre la profession et les droits des professionnelles : « augmentation des salaires, accession à une assurance maladie, prise en compte de la contamination des maladies auxquelles les infirmières sont exposées, droit à des congés payés, droit à la retraite, etc. » (Diebolt 2001, *op.cit.* p. 106). Elle milite toujours pour l'obtention d'un droit exclusif à exercer. Pour autant, il existe toujours une forte opposition de l'UCSS. En 1932, l'État reconnaît à la fois l'ANIDEF et l'UCSS comme des associations d'utilité publique. Les catholiques ne sont donc pas hors-jeu et continuent de réclamer un exercice infirmier non rémunéré. L'association incite fortement ses adhérentes à déposer des dossiers auprès du Bureau Central des Infirmières, afin d'obtenir une équivalence au diplôme délivré par l'État, alors même qu'elles n'ont pas suivi de formation dans les écoles reconnues. Les décisions, basées sur leurs états de service sont souvent favorables. Il faut dire que l'UCSS fait pression en ce sens (Diebolt 2006). Cependant, l'idée d'imposer légalement la possession du titre d'infirmière pour pouvoir exercer en France fait son chemin. En 1933, un projet de loi sur le statut des « auxiliaires médicaux », déposé à la Chambre des députés, propose la mesure. Marie d'Airoles et l'UCSS s'opposeront frontalement à ce projet argumentant que le métier d'infirmière comporte également des tâches humbles et qu'il n'a donc pas vocation à devenir une profession qualifiée. Grâce au soutien de plusieurs députés de ses amis, le projet de loi ne sera pas présenté en Assemblée et tombera, pour un temps, dans l'oubli. Il faut également souligner que depuis la Grande Dépression de 1929, la période n'est pas économiquement propice à ce genre de mesure [41].

Ainsi, malgré l'obtention d'un titre qui tend à unifier la catégorie émergente sous le nom « infirmière », les tensions entre les défenseures d'un exercice bénévole et celles qui souhaitent un exercice professionnel sont encore vives. Elles freinent le processus de struc-

39. ↑La *Garde-Malade hospitalière* fondée par Anna Hamilton et le Bulletin de l'Assistance Publique de la Ville de Paris fondé par le Docteur Bourneville.

40. ↑Cette année-là, Léonie Chaptal deviendra également présidente de l'ICN, pour quatre ans.

41. ↑D'ailleurs Yvonne Knibiehler note qu'un certain nombre de diplômées sont au chômage durant cette période.

turation du groupe professionnel qui peine à faire du titre d'infirmière un élément essentiel pour accéder au marché du travail. Le combat pour lier l'exercice infirmier à la détention d'un titre se poursuivra jusqu'en 1943. Cependant, pour comprendre le déroulement du processus de structuration du groupe professionnel, il nous faut nous intéresser à la scission entre le domaine sanitaire et le domaine social, véritable tournant pour le groupe professionnel infirmier.

1.2.2 Vers une fermeture du marché du travail infirmier

Durant les années 1930, plusieurs facteurs se conjuguent et vont aboutir au renforcement de la frontière entre domaine sanitaire et domaine social dans l'exercice infirmier.

Un premier facteur tient aux relations entre infirmières-visiteuses et médecins. Ce corps de professionnelles a, au départ, été créé par des médecins. Il s'agit surtout de médecins universitaires – comme le Docteur Calmette – qui voient là un moyen commode et efficace d'atteindre des populations qui ne se déplaçent pas jusqu'aux dispensaires. Cependant, les médecins libéraux, praticiens en cabinet, voient d'un mauvais œil l'intervention de ces femmes au domicile des patients. Soutenus par leurs syndicats, ils arguent du secret professionnel pour ne pas déclarer les patients atteints de tuberculose et ainsi rester maître de leur traitement. Ils craignent de voir la médecine libérale dépréciée au profit de la médecine des dispensaires. Ils craignent également la concurrence des visiteuses qui ont accès au domicile des patients, gagnent leur confiance et dont les interventions sont moins coûteuses que les leurs. Seules au domicile des patients, les infirmières-visiteuses sont amenées à prendre des libertés, hors des directives médicales. Le Docteur Calmette lui-même les met en garde contre ces velléités d'indépendance :

> *Nous redoutons par-dessus tout que vous commettiez comme il arrive trop souvent, l'erreur de sortir de votre rôle de collaboratrice des médecins, et de vous croire assez instruites des choses de la médecine pour donner des conseils d'ordre médical. En agissant ainsi, vous ferez le plus grand tort à vous-mêmes et à toute la corporation des visiteuses d'hygiène. N'oubliez jamais que vous ne devez, en aucune circonstance, poser ou discuter un diagnostic, ni formuler la moindre critique sur un traitement prescrit. Il appartient au médecin seul d'indiquer ce que vous avez à faire, et ce n'est que lorsque vous ne pouvez pas recourir à lui, ou en attendant sa venue, qu'il vous est permis de prendre une initiative dont vous lui rendrez compte aussitôt que vous le pourrez.*
>
> *(Cité par Yvonne Knibiehler (*Knibiehler 1984*, p. 160))*

Calmette exprime clairement le souci de maintenir les visiteuses sous la domination du corps médical. C'est la défense du territoire professionnel des médecins, ceux de cabinets

libéraux mais aussi ceux des dispensaires, qui est en jeu. Les initiatives des visiteuses pourraient venir remettre en cause le rôle des médecins dans le traitement de ces populations. Ces initiatives sont d'autant plus nombreuses que les visiteuses sortent des écoles avec dans leurs bagages de nouvelles méthodes en ce qui concerne la prise en charge et le recensement des patients. Les médecins ne leur reconnaissent cependant aucune autorité : ils donnent les directives et entendent qu'elles soient suivies. Ils obtiennent d'ailleurs une limitation de l'enseignement théorique et une restriction concernant les traitements administrés par les visiteuses et leurs responsabilités des visiteuses.

Un second facteur est lié aux conséquences de la Grande Dépression. En freinant le recul de la misère, cette crise va rendre saillant des facteurs aggravants de la propagation de maladies. Ces facteurs ne sont pas d'abord liés à des causes biologiques ou médicales, mais à des causes sociales. Les infirmières-visiteuses, qui sont en première ligne, prennent conscience que la propagation des maladies contagieuses, comme la tuberculose, est liée aux conditions sociales d'existence. Dès lors, les infirmières-visiteuses vont prendre conscience que pour être efficaces il ne suffit pas d'éduquer les classes populaires en leur fournissant les bons réflexes. Elles vont alors chercher, ailleurs que dans la médecine, des connaissances qui vont leur permettre d'aider les familles à faire valoir leurs droits. Ce travail s'avère d'autant plus important que dans les années 1930, les assurances sociales deviennent obligatoires et les allocations familiales s'institutionnalisent. Aussi, pour continuer à venir en aide aux familles et développer un aspect de leur travail qui ne soit pas soumis au contrôle médical, certaines infirmières-visiteuses vont acquérir de solides connaissances en droit. Dans le même temps, la découverte et la mise en œuvre progressive des traitements antibiotiques, qui permettent de lutter efficacement contre les maladies contagieuses, semblent rendre moins urgent et moins primordial le travail d'éducation et de surveillance des classes populaires. Ainsi, l'activité des infirmières-visiteuses glisse peu à peu vers un travail essentiellement social[42].

Un dernier facteur est relatif à l'organisation des soins. Une expérimentation est menée dans la commune de Suresnes, en banlieue parisienne, à l'initiative du maire Henri Sellier. Il fait d'abord le constat de la spécialisation très poussée des infirmières visiteuses,

42. ↑On notera que dans le secteur social un diplôme d'Assistante sociale est créé en 1932, avec la volonté de se démarquer des « dames d'œuvres » catholiques, mais aussi des infirmières-visiteuses vues comme leurs successeures professionnalisées, exerçant sous la tutelle du corps médical (Diebolt 2006). Léonie Chaptal se prononce en faveur de l'intégration de l'assistante sociale comme l'une des déclinaisons de la profession d'infirmière : « Infirmière soignante, infirmière visiteuse, assistante sociale, telles sont les trois orientations de la carrière renouvelée, métamorphosée, de l'infirmière, encadrant en quelque sorte les directives anciennes et nouvelles de la médecine. » (Diebolt 2001 , p. 263)

corollaire de la spécialisation de la médecine : l'une s'occupant de l'enfance, l'autre de la tuberculose, une troisième des maladies vénériennes. Cette spécialisation entraîne, pour Henri Sellier, une multiplication inefficace des intervenantes au domicile de la personne, qui empêche d'avoir une vue d'ensemble de la famille. Il va alors proposer et mettre en place un modèle « polyvalent » d'infirmière-visiteuse, dont les interventions sont organisées non plus par type de pathologie mais par famille. Les familles sont alors prises en charge par une même infirmière pour l'ensemble de leurs problématiques sanitaires et sociales (tuberculose, enfants, femme enceinte, maladies vénériennes, etc.). La conséquence de ce nouveau système est que les infirmières visiteuses changent d'autorité de tutelle. Ce n'est plus seulement au médecin qu'elles doivent rendre des comptes, mais à la mairie. Bien évidemment les médecins protestent, mais Sellier leur propose seulement de s'associer à ce nouveau dispositif, ce qu'ils n'acceptent pas. Dans le quadrillage sanitaire et social mis en place à Suresnes, Sellier fait appel aussi bien à des infirmières-visiteuses qu'à des assistantes sociales. Lorsque Sellier deviendra ministre de la Santé du Front Populaire, il tâchera de généraliser le système, dont il avait éprouvé l'efficacité mis en place à Suresnes, à l'ensemble du territoire français en légiférant sur la coordination des services sanitaires et sociaux à l'échelle de chaque département.

Les démarches d'Henri Sellier [43] aboutiront, en 1938, à un décret dissociant infirmières hospitalières et infirmières- visiteuses [44]. Ces dernières seront rattachées au corps des assistantes sociales, créé en 1932. Si la première année de formation reste commune aux infirmières- hospitalières et aux assistantes sociales, les premières bénéficieront d'une formation en deux ans, tandis qu'elle sera de trois ans pour les secondes. Ce changement acte la séparation entre un rôle social et un rôle sanitaire. Même si, dans les faits, la grande majorité des assistantes sociales seront infirmières jusque dans les années 1970, le changement de nom – qui n'ira pas sans protestations – crée de fait une séparation très nette. En ce qui concerne les groupes professionnels, les noms sont importants (Gadéa, Grelon 2009). En préférant la dénomination « assistante sociale » à « infirmière-visiteuse » le décret replace l'activité infirmière exclusivement dans le cadre de l'hôpital, où elle se trouve totalement sous la domination des médecins. Le décret de 1938 dépossède les infirmières d'une partie importante de leurs activités – le rôle social – et il restreint, provisoirement, leur exercice aux établissements hospitaliers. S'il n'occasionne pas plus de réactions, c'est

43. ↑Henri Sellier n'est alors plus ministre de la Santé depuis le renversement du gouvernement du Front Populaire en 1937, mais les textes, déjà en cours de rédaction, seront présentés et adoptés.
44. ↑Décret paru au Journal Officiel du 19 février 1938, pp. 2084-2086.

qu'il satisfait plusieurs revendications des infirmières. D'une part, l'article 4 institue une sélection à l'entrée de ces formations [45]. Les candidates qui ne possèdent ni baccalauréat, ni brevet supérieur, ni diplôme de fin d'études secondaire devront passer un examen probatoire, dont les modalités seront définies par un arrêté du ministère. D'autre part, l'article 14 institue un diplôme supérieur pour les infirmières hospitalières. Ce diplôme doit permettre aux infirmières d'exercer, en priorité, des fonctions d'encadrement au sein des établissements, mais également de former les nouvelles recrues. Il marque donc le début d'une structuration de l'encadrement infirmier dans les structures hospitalières. Les articles 15 à 17 définissent ces modalités d'acquisition. Il est obtenu après un an d'étude dans les écoles supérieures de service hospitalier et social [46]. L'inscription dans ces écoles est réservée aux infirmières diplômées d'État depuis plus de cinq ans, pouvant justifier d'une durée d'exercice minimale de trois ans et ayant au moins trente ans. A titre transitoire, les infirmières qui exercent ces fonctions depuis plus de dix ans peuvent obtenir des équivalences. Enfin, la principale revendication des infirmières, l'obligation du diplôme pour exercer, est établie à l'article 13. Il stipule que le titre d'infirmière diplômée sera exigé pour tout exercice dans un établissement public ou privé agréé. Les dérogations sont réduites. Elles existent pour les infirmières Croix-Rouge, seulement si elles exercent dans le cadre de leur association. Pour les infirmières non titulaires du diplôme qui souhaitent bénéficier d'équivalence, il faut dorénavant avoir exercé les fonctions d'infirmières depuis plus de dix ans, ou bien celles d'infirmière supérieure depuis plus de deux ans. L'ANIDEF insiste cependant pour que ces certificats d'équivalence soient bien distincts des diplômes réguliers.

Si elles constituent une avancée certaine, l'énoncé de ces règles ne suffit pas. Leur mise en application demande des moyens que bien souvent les établissement n'ont pas. Devant le coût que représentent les infirmières diplômées, certains établissement préfèrent, malgré la réglementation, mettre à profit l'expérience des personnels de salle et/ou des religieuses qui réalisent bien souvent les tâches des infirmières à moindre coût. L'application de ces lois nécessitera la mobilisation de la principale association catégorielle infirmière. En 1941, l'ANIDEF constate le chômage persistant d'infirmières diplômées. Des déléguées sont envoyées au ministère de la Santé et rédigent un rapport sur la nécessité de protéger les infirmières diplômées. Elles seront entendues par le Régime de Vichy, soucieux de canton-

45. ↑Les modalités d'accès aux écoles étaient déjà contrôlées par le CPEI, mais ici il s'agit d'inscrire le caractère sélectif dans la loi.

46. ↑L'organisation, le fonctionnement et le programme d'enseignement de ces écoles devaient être déterminés par un décret ultérieur, mais nous n'en avons pas retrouvé la trace.

ner les femmes qui travaillent à des tâches et des travaux pour lesquelles elles seraient « naturellement » disposées. Ce rapport servira de base à la loi promulguée le 15 juillet 1943. Elle instaure l'obligation pour les établissements de n'embaucher que des infirmières diplômées – disposant d'un des brevets mis en place en 1922, ou du diplôme unique de 1938 – à compter d'une période de deux ans. Les personnes ne possédant pas le diplôme devront cesser toute activité dans les deux ans[47]. Cette loi rappelle la soumission des infirmières à l'autorité médicale :

> *Est considéré comme relevant de la profession d'infirmière ou d'infirmier au sens de la présente loi, tout emploi dont le titulaire donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin.*
>
> *(Article 1, Loi du 15 juillet 1943, publiée au JO du 28 août 1943, p. 22)*

Cette loi prévoit également la création d'une « union nationale des infirmières et infirmiers hospitaliers, reconnue d'utilité publique, qui assure la défense des intérêts de la profession et qui a la garde de son honneur et de sa discipline » (Article 7, *ibid.* p. 2262). L'inscription y serait obligatoire pour toute infirmière diplômée et toute exclusion – temporaire ou définitive – entraînerait l'impossibilité d'exercer. Il s'agissait des prémices d'un ordre des infirmières semblable à l'ordre de médecins. Après la Libération, en 1946, le texte n'est qu'en partie repris[48]. L'obligation du diplôme est conservée – avec ses dispositions transitoires – et elle est assortie d'une amende et/ou d'une peine de prison en cas d'exercice illégal de la profession. L'article relatif à la création de l'union nationale des infirmières est, quant à lui, abrogé. Ainsi, dans la continuité des textes de 1938, la garantie de l'exclusivité de l'exercice se réalise, en France, au prix de l'inscription dans la loi d'une définition restrictive du rôle de l'infirmière, par rapport à ce qui se pratique dans les pays anglophones. Les infirmières sont donc ramenées à un rôle d'exécutantes, compétentes certes, mais sans beaucoup d'autonomie. La division du travail entre médecins et infirmières devient taylorienne. Les médecins s'occupent de prescrire les tâches à réaliser et les infirmières les exécutent. Ces délégations entraînent un élargissement de leur faisceau de tâches, source de valorisation potentielle du métier (Hughes 1996, pp. 70-72). Les tâches déléguées par

47. ↑Des mesures transitoires sont toutefois prévues, le temps que le nombre d'infirmières diplômées devienne suffisant. Ainsi, certains titres ou diplômes peuvent faire l'objet d'une reconnaissance par le ministère à titre dérogatoire, et les élèves préparant le diplôme sont autorisées à exercer durant leurs études (Article 6). Par ailleurs, les infirmières exerçant depuis plus de cinq ans, peuvent obtenir une équivalence au diplôme si elles présentent un dossier dans les trois mois (Article 12) (Loi du 15 juillet 1943, publiée au Journal Officiel du 28 août 1943, pp. 2261-2262).

48. ↑Loi n°46-330 du 8 avril 1946, parue au Journal Officiel le 9 avril 1946 p. 2958.

les médecins, parées des vertus de la technique et de la science médicale, permettent aux infirmières de s'approprier un peu du prestige d'ordinaire réservé aux médecins.

Conclusion du chapitre

Si les transformations techniques du début du XXe siècle ont posé avec plus d'acuité la question de la prise en charge des soins, le processus de structuration d'un groupe professionnel chargé de ces activités n'a rien de mécanique. Les tensions entre des définitions concurrentes de la « bonne façon » de prendre en charge les soins ont mis près d'un demi-siècle à se stabiliser. A la sortie de la Seconde Guerre mondiale, le nom « infirmière » est associé à l'activité de soin au sein des hôpitaux. Cependant, le processus de structuration du groupe professionnel est marqué par de nombreuses difficultés. La reconnaissance comme profession [49] d'une catégorie aussi fortement féminisée ne peut pas faire l'économie de la question de la place des femmes dans la société et des représentations qui sont liées au genre féminin. Les infirmières pâtissent de la non-reconnaissance d'une partie de leur travail qui n'est vue que comme la mise en œuvre de qualités « naturelles ». Un peu comme les ouvrières étudiées par Danièle Kergoat (Kergoat 2001), les infirmières peinent à affirmer et à faire reconnaître que leur activité est une activité professionnelle. La nécessité d'un rapport vocationnel au métier, entretenu pour des raisons différentes par les médecins et par les religieuses, ne favorise pas l'émergence d'un rapport professionnel au travail.

Le groupe professionnel est, dès 1922, identifié par son nom : les « infirmières ». La conception défendue par Anna Hamilton d'une « garde-malade » d'un statut égale à celui du médecin a fait long feu. Avec le diplôme qui tend à devenir obligatoire en 1946, même s'il ne ferme pas totalement l'accès au marché du travail, l'infirmière obtient la reconnaissance de son caractère professionnel. Toutefois, cela se fait au prix d'une division taylorienne du travail dans laquelle les médecins conçoivent le travail des infirmières qui doivent exécuter les tâches conformément aux directives. Ce groupe est cependant extrêmement divers, à la fois en termes d'origine sociale, en terme confessionnel, mais aussi en termes de niveau d'instruction et de niveau de diplôme. Ces différences sont liées à la multitude de tâches exercées par les infirmières. Si la catégorie s'est, au départ, structurée autour de la catégorie des soins réalisés auprès des malades, – qui sont distincts des tâches considérées

49. ↑Nous nous inscrivons dans la perspective de la sociologie des groupes professionnels qui s'attache à traiter de la même façon les professions prestigieuses et celles qui le sont moins.

comme domestiques – les ambiguïtés persistent. Elles vont de pair avec l'hétérogénéité de celles que l'on appellera progressivement les infirmières. Cette hétérogénéité est mise en avant par les témoignages recueillis par Yvonne Knibiehler (KNIBIEHLER 1984, pp. 199-234). Elle est liée, au départ, aux différences entre les formations. Ainsi, les infirmières formées à la Maison de Santé Protestante, exercent très souvent des fonctions d'encadrement et de gestion, y compris dans les hôpitaux publics. A partir de 1938 et de la scission entre infirmières-visiteuses et infirmières hospitalières, la structuration de ce groupe va dépendre des transformations qui vont affecter l'hôpital, notamment de la hiérarchisation croissante entre différentes catégories de soignantes. Pour devenir infirmière, le passage par la formation tend à devenir la norme. Certaines infirmières – les diplômées issues des milieux sociaux les plus aisés – vont investir des fonctions de surveillance et d'organisation des soins. Elles revendiquent des connaissances et une expérience dans le domaine du soin qui feraient d'elles les personnes les mieux placées pour exercer ce rôle de surveillance auprès des infirmières moins expérimentées et des autres catégories de personnels qui assurent les soins. Malgré l'annonce de création de formations spécifique, ces encadrantes se forment, pour l'instant, sur le tas[50]. Leur rôle est triple : à la fois administratif et de gestion, de contrôle des personnels, mais aussi de participation aux soins.

Ainsi, les infirmières ont acquis une Licence, au sens d'autorisation d'exercer (HUGHES 1996, pp. 99-100). Elles sont reconnues comme des professionnelles responsables des activités prescrites par les médecins. Le corps médical a fortement contraint la structuration du groupe professionnel, dans la première partie de son histoire. L'ANIDEF, l'association professionelle s'est concentrée sur la consolidation d'un statut professionnel, en opposition aux associations catholiques qui prônent une activité bénévole. L'ANIDEF, marquée par les conceptions de sa fondatrice, Léonie Chaptal, ne cherche pas à revendiquer plus d'autonomie pour les infirmières. Les divisions au sein de cette nouvelle catégorie de professionnelles, à ce propos, vont se cristalliser dans la période suivante. Le groupe commence à se segmenter autour d'une redéfinition de la répartition du faisceau de tâches. Chaque segment définissant de manière différente ce qui constitue le cœur de leur activité (BUCHER, STRAUSS 1961, p. 328). Certaines catégories de personnel qui se faisaient volontiers appeler « infirmières » et qui exerçaient les mêmes activités que les diplômées vont se voir rapidement dénier le droit de poursuivre. D'autres infirmières, déjà diplômées,

50. ↑La première formation est crée en 1951, par la Croix-Rouge (cf. infra 2.1.2, p.69).

s'engagent dans des activités d'encadrement des personnels ou de formation des étudiantes, qui les éloignent des malades. C'est dans le contexte de médicalisation croissante des établissements hospitaliers que ces segments vont se cristalliser.

Chapitre 2

Nouvelle organisation du monde professionnel

Introduction

Le contexte – à la fin de la Seconde Guerre mondiale – est à l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la société. La loi de 1941 [1] – qui ne sera véritablement mise en œuvre qu'à la Libération – stipule que les hôpitaux ne sont plus réservés aux indigents. A cette loi, vient s'ajouter la généralisation de la sécurité sociale en 1945. Cette mesure réaffirme le droit de chacun à accéder aux soins, sans distinction de ressources. Les hôpitaux s'ouvrent donc progressivement à toutes les classes sociales et les demandes de soins augmentent. Les établissements abandonnent alors progressivement leur fonction sociale et d'accueil pour se concentrer sur leur fonction médicale (Chevandier 1997, pp. 7-8). En 1958, la réforme Debré consacre le tournant engagé par la médecine moderne, technique et spécialisée. Elle instaure la création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et réforme l'enseignement médical en le liant plus étroitement à la recherche [2]. Cette transformation va occasionner des reconfigurations dans le monde professionnel du soin hospitalier. Elle se produit dans la période qui voit la fin des discours prônant l'exercice bénévole des infirmières. Plus rapide dans les grandes villes universitaires que dans les petites communes rurales, la mise en œuvre de la réforme est synonyme d'une invisibilisation – si ce n'est d'une disparition – des religieuses. Les discours des associations d'infirmières catholiques qui continuent de vanter le bénévolat de ces activités ne sont plus légitimes. Dans les décennies 1950-1960,

1. ↑Loi du 21 décembre 1941, parue au Journal Officiel du 30 décembre 1941 pp. 5574-5577.
2. ↑Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958, parue au Journal Officiel du 21 décembre 1958 pp. 12970-12071.

le travail des femmes va progresser et être socialement reconnu. La norme d'emploi des femmes se transforme : « d'une activité invisible et niée socialement, l'activité des femmes est devenue une norme reconnue » (Buscatto 2014, p. 85). Dans le monde professionnel du soin, auquel les infirmières sont maintenant exclusivement rattachées, ces transformations s'accompagnent d'une organisation hiérarchique des catégories de soignants. Si les frontières vont demeurer floues encore quelques temps entre les groupes de soignants non médicaux, leur organisation se structure et aboutira à la création de diplômes qui leur reconnaissent le droit à l'exercice de certaines activités. Dans une première partie de ce chapitre nous verrons comment se réalise cette structuration des personnels soignants non médicaux. Dans une seconde partie, nous reviendrons sur les transformations qui affectent le groupe professionnel des infirmières lui-même et notamment la création d'un espace spécifique d'intervention, indépendant de la tutelle médicale.

2.1 Hiérarchisation et segmentation

2.1.1 Naissance d'un nouveau groupe professionnel : les aides-soignantes

A partir de 1946, la division du travail entre personnel soignant et personnel servant se durcit. Les infirmières diplômées d'État sont identifiées comme occupant le sommet de la hiérarchie des professionnels du soin. Les non diplômées sont renvoyées à un exercice servant. Certaines infirmières non diplômées vont alors reprendre des études, bien souvent à côté de leur exercice professionnel, et passent le diplôme d'État (Knibiehler 1984, pp. 227-232). Pour faciliter la transition, certains établissements hospitaliers, parmi les plus importants en nombre de lits, sont autorisés à ouvrir des écoles pour y faire diplômer leurs personnels. Ils doivent toutefois respecter les programmes d'enseignement définis nationalement. L'exclusivité du diplôme est parfois encore contournée, avec l'appui des médecins. Ils fournissent à « leurs » infirmières des certificats qui leur permettent de devenir des infirmières autorisées. Ces dispositions dérogatoires auront cours jusqu'en 1951. Toutefois, de nombreuses femmes ne sont ni diplômées, ni autorisées à titre dérogatoire. Alors qu'elles exerçaient les activités dorénavant réservées aux infirmières, elles se retrouvent reléguées dans la catégorie des personnels servant. Aussi parfois dénommée Agent de Service Hospitaliers (ASH), cette catégorie est censée s'en tenir aux tâches qui relèvent des fonctions d'hébergement de l'hôpital comme le nettoyage des sols. Cette catégorie est peu définie, si ce n'est par son absence de qualification reconnue. Elle est pourtant très hétérogène.

Les anciennes soignantes expérimentées qui continuent bien souvent à réaliser des tâches d'infirmières, y côtoient de jeunes gens inexpérimentés, fraîchement recrutés pour faire face aux demandes de soins croissantes.

Les déclassements de celles qui n'ont pu ni passer les diplômes, ni obtenir une autorisation dérogatoire vont alimenter les mécontentements de cette catégorie de personnel. Au manque de reconnaissance statutaire, viennent en effet s'ajouter des revendications en termes de salaires. Il faut dire que les salaires de servants et de servantes hospitaliers sont moins élevés que ceux d'autres emplois non qualifiés de manœuvre. Un mouvement social est lancé à l'Assistance Publique de Paris en janvier 1949, pour réclamer une hausse des salaires des personnels servants (Chevandier 2011). Le ministère des Finances et des Affaires Économiques est catégorique : dans cette période de reconstruction et de restrictions budgétaires, il n'est pas envisageable d'accéder aux revendications des personnels mobilisés. Le ministre de la Santé Publique – qui affirmait, dès 1945, son attachement à l'amélioration de la condition de cette catégorie de ces personnels hospitaliers, en reconnaissance des services et de l'engagement dont ils avaient fait preuve durant le conflit et l'occupation – prend les choses en main. Il crée, par l'arrêté du 10 janvier 1946, le grade d'aide-soignante [3]. Dans ses travaux consacrés aux aides-soignantes, Anne-Marie Arborio souligne qu'il ne s'agit pas de la reconnaissance d'une qualification. Ce grade est une catégorie administrative pour laquelle il n'existe ni contenu précis des tâches, ni formation. Le rôle des aides-soignantes est précisé de façon sommaire. Elles doivent « seconder les infirmiers et les infirmières, notamment en ce qui concerne les soins à donner aux hospitalisés » [4]. Outre l'amélioration des salaires, ce grade constitue une valorisation symbolique (Arborio 2012a, pp. 38-40). Il place les aides-soignantes du côté des personnels soignants, tandis que les servantes sont identifiées dans la catégorie des personnels de service [5]. Il permet ainsi au personnel non autorisé et non diplômé d'obtenir une petite reconnaissance symbolique et salariale. Il permet dans le même temps à certains membres du personnel servant, n'ayant jamais exercé les fonctions d'infirmière, d'évoluer vers de meilleurs salaires. Pourtant le flou persiste dans les faits, les aides-soignantes pouvant être affectées au travail en salle, auprès des malades, comme aux services généraux, hors de la présence des malades.

Le grade d'aide-soignante n'est, au départ, conçu que comme une mesure transi-

3. ↑Cet arrêté, applicable à l'ensemble du territoire, aura par la suite des conséquences sur la structuration des groupes professionnels du monde du soin

4. ↑Arrêté Préfectoral du 14 avril 1949 cité par Anne-Marie Arborio (Arborio 2012a , p. 40)

5. ↑Tableau annexe à l'arrêté du 10 janvier 1949, Journal Officiel du 13 janvier 1949, p. 586.

toire, voué à disparaître. Son utilisation n'est d'ailleurs pas stabilisée. Le terme « d'aide-infirmière » lui est parfois substitué dans la dénomination des postes. Ou bien, des personnels servants sont affectés à des postes qui relèveraient plutôt de l'aide-soignante, comme la distribution des repas en collaboration avec l'infirmière (Arborio 2012a, p. 40). Il devient assez rapidement évident que ce grade renforce les ambiguïtés existantes quant au rôle des personnels non titulaires de diplôme. Ces personnels, définis comme non qualifiés en comparaison des infirmières diplômées d'État, sont souvent reconnus comme indispensables pour compléter les équipes soignantes. Les débats autour de la pérennisation de la catégorie sont longs et complexes. Plusieurs rapports émanant tantôt de l'inspection générale de l'Assistance Publique, tantôt de l'inspection générale ministérielle regrettent qu'un véritable corps d'aide-soignante ne soit pas créé (Chevandier 2011). Le travail d'argumentation des infirmières pionnières - à la suite de Léonie Chaptal - et la revendication de la nécessité d'une formation, morale autant que technique, des catégories de personnels en contact direct avec les malades vont avoir une certaine influence dans les débats sur la catégorie d'aide-soignante. Une recherche serait ici nécessaire pour connaître le positionnement des associations d'infirmières quant à la création de ce grade et à sa pérennisation. L'idée d'un corps intermédiaire, entre infirmières et personnel servant, n'est pas nouvelle. Déjà en 1926, aux Hospices Civils de Lyon, un corps d'assistantes hospitalières est créé. Des servantes en postes y seront promues après une formation d'un an correspondant à la première année de la formation des infirmières (Arborio 2012a, p. 32). Au vu du déroulement des événements, la généralisation de ce corps a nécessité que soit sécurisée en amont la juridiction des infirmières (Abbott 1988). On peut supposer qu'elles ont joué un rôle dans la pérennisation de la catégorie, à travers le Conseil supérieur des Infirmières. Créé en 1951, il est composé pour moitié d'infirmières diplômées d'État [6] ; l'autre moitié du Conseil est composée de représentants de différentes institutions étatiques, de directeurs d'hôpitaux et de médecins. Le Conseil supérieur des infirmières a été consulté et a émis un avis favorable concernant la création d'un diplôme spécifique aux aides-soignantes [7]. Ainsi, sept ans après la création du grade, les ambiguïtés sont levées par l'arrêté du 23 janvier 1956 [8]. Il instaure un Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-Soignante (CAFAS), obtenu après dix mois d'études et la réussite aux examens pratiques et théorique terminaux. Dans l'examen théorique écrit, le fond compte autant que la forme, et il n'y a pas de note

6. ↑Décret n°51-243 du 21 février 1951, paru au Journal Officiel du 1er mars 1951
7. ↑Nous n'avons pas pu consulter le détail de cet avis.
8. ↑Arrêté du 23 janvier 1956, paru au Journal Officiel du 25 janvier 1956.

éliminatoire, contrairement à la pratique. De plus, il compte pour un tiers seulement de la note finale, ce qui laisse penser que la formation théorique n'est pas centrale. Le jury de ces examens comprend un médecin hospitalier, deux infirmières diplômées d'État, dont une est chargée d'enseignement dans la formation aide-soignante et une infirmière supérieure chargée d'enseignement dans une formation d'infirmière ou bien une directrice d'école. Les aides-soignantes sont donc formées et évaluées en grande partie par des infirmières diplômées d'État, toujours sous la supervision des médecins. L'arrêté précise également les contours de l'activité des aides-soignantes : « *Le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant permet à son titulaire de donner, sous l'autorité du personnel infirmier diplômé ou autorisé, uniquement des soins d'hygiène générale à l'exclusion de tout soin médical.* » (Article 15). Avec cet arrêté, les aides-soignantes acquièrent une place plus claire dans la division du travail hospitalier. Elles sont chargées des tâches qui s'apparentent le plus à la sphère « domestique » parmi les tâches de soins. Elles s'occupent en effet des soins d'hygiène du malade et de son environnement à travers les activités d'aide à la toilette et à l'habillement, le nettoyage de la chambre, etc. ; du service des repas et du nettoyage de la vaisselle ; et de la préparation et du nettoyage du matériel des infirmières[9]. Il s'agit en quelque sorte de décharger les infirmières d'une partie des tâches qu'elles n'auraient pas toujours le temps de réaliser. Cette structuration s'effectue dans la continuité d'une organisation scientifique du travail à l'hôpital, qui prévoit l'optimisation du temps de chaque catégorie de personnel en fonction de qualifications précédemment obtenues.

Pour les infirmières, la pérennisation de la catégorie d'aide-soignante vient concrétiser la fermeture de leur marché du travail. La création de ce nouveau groupe professionnel permet de mettre fin à la concurrence interne au sein du groupe infirmier. L'interdiction faite aux aides-soignantes d'exercer des soins médicaux permet aux infirmières de revendiquer le monopole de ces activités déléguées. La frontière qui sépare les infirmières du personnel servant est dorénavant médiatisé par un nouveau groupe professionnel, les aides-soignantes. Ce groupe absorbe également les infirmières qui interrompent leurs études au bout de la première année. L'article 16 du décret de 1956 prévoit en effet que les élèves infirmières qui sont reçues en deuxième année mais qui ne terminent pas leurs études obtiennent le CAFAS par équivalence. Le rôle des aides-soignantes est donc pensé comme un rôle d'assistance ou d'aide aux infirmières, avec lesquelles elles entretiennent des rapports de subordination. Cette nouvelle organisation du monde du soin hospitalier – dont la mise en œuvre est pro-

9. ↑Annexe à l'arrêté du 23 janvier 1956, limitant les actes réalisés par l'aide-soignante.

gressive – s'apparente donc à une « mise en ordre hiérarchique » entre différents groupes professionnels (Arborio 2012a, p. 31). Au bas de l'échelle, le groupe des servantes reste un groupe sans qualification reconnue. Ses membres ne sont pas censés avoir de contacts directs avec les patients. Ils constituent le principal vivier de recrutement du groupe des aides-soignantes. Ces dernières occupent une position intermédiaire dans la hiérarchie : en termes de rôle, elles sont le premier groupe dans la hiérarchie des professionnels qui dispensent des soins auprès des malades ; mais en ce qui concerne les carrières professionnelles elles constituent plutôt, aujourd'hui, le dernier échelon de la promotion professionnelle des personnels non soignants (Arborio 2012a, p. 294). Ce faisant, ce groupe permet aux infirmières d'éliminer celles qui, en interne, revendiquaient le nom et le rôle associé, sans en avoir les diplômes. Les infirmières sont désormais officiellement les seules professionnelles à pouvoir réaliser des actes médicaux, sur délégation des médecins. Il faut se garder de durcir artificiellement les frontières entre les groupes professionnels. Ces frontières sont le résultat, contingent et évolutif, des luttes entre les différents groupes professionnels pour le contrôle d'une juridiction (Abbott 2003). Toutefois, on pourra remarquer que plus la hiérarchie se précise et plus les frontières des groupes qui en occupent le sommet tendent à se cristalliser. Les médecins formant le groupe qui est, à ce moment, le mieux équipé pour défendre sa juridiction. Il dispose d'un solide argumentaire basé sur des savoirs théoriques et scientifiques et dispose de puissants organes de diffusion. Il organise la diffusion de cet argumentaire auprès des autres professionnels de soins – via les revues médicales et infirmières – mais aussi auprès des pouvoirs publics, grâce à l'Ordre des médecins, dont la forme actuelle est instituée en 1945 [10]. Les infirmières, quant à elles, sont organisées autour de différentes associations, confessionnelles ou non, et disposent également de revues. Elles ne vont toutefois pas se satisfaire de la position dominée réaffirmée par la loi de 1946. D'autant que sur ce point, la structuration du groupe professionnel des aides-soignantes n'est pas sans danger. Certaines aides-soignantes vont en effet progressivement revendiquer, au nom de leur plus grande proximité avec les patients, une expertise sociale nécessaire au bon déroulement des soins (Arborio 1995). Ainsi, en délégant les tâches de soins auprès des patients à une autre catégorie, les infirmières voient-elles la définition de leur rôle se centrer, plus encore, sur l'exécution technique des prescriptions médicales. Cela leur permet de gagner en prestige, mais les maintient également dans une position de techniciennes, exécutantes des directives données par les médecins. La hiérarchisation verticale de l'ensemble

10. ↑Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945, parue au journal officiel du 28 septembre 1945, p. 6083.

des personnels soignants, dominé par le corps médical est prégnante dans les décennies 1950-1960. Toutefois, un segment du groupe professionnel des infirmières va s'organiser et défendre une position plus autonome vis-à-vis des médecins.

2.1.2 Des segments au groupe professionnel : les cadres infirmières.

Le processus de segmentation du groupe professionnel infirmier a débuté avant la Seconde Guerre mondiale, puisque depuis 1938, un corps d'infirmières supérieures, officiellement reconnu, recrute ses membres exclusivement parmi les infirmières diplômées d'État [11]. Ces infirmières supérieures assurent aussi bien des missions de gestion administrative dans les hôpitaux que de formation des futures infirmières dans les écoles. Leurs missions et ce qu'elles définissent comme le coeur de leur activité s'éloigne donc des activités de la majorité des infirmières. Leur reconnaissance se poursuit sous le Régime de Vichy : un diplôme d'infirmière monitrice et un diplôme d'infirmière surveillante sont respectivement créés en 1942 et 1943. Cependant, à la fin du conflit, ni les infirmières monitrices, ni les infirmières surveillantes n'ont de véritable formation, si ce n'est celle qu'elles acquièrent directement sur le terrain. Les décrets d'application dont il était question en 1938, puis en 1942 et 1943, n'ont jamais vu le jour. Le processus de reconnaissance de ces segments va être long et compliqué. Il sera soutenu par la mobilisation de nouvelles associations professionnelles créées après la Libération. Ainsi naît, en 1949, le Comité d'Entente des Écoles d'Infirmières (CEEI) [12]. Il est issu de la commission pédagogique de l'ANIDEF (Poisson 2012, p. 77). Cette association rassemble des directrices d'écoles, autour de temps d'échanges ayant pour but de perfectionner les méthodes pédagogiques, tout en respectant l'autonomie de chaque école. Sa particularité – contrairement au Conseil de Perfectionnement [13] ou au Conseil Supérieur des Infirmières – est de ne compter aucun médecin parmi ses membres. A ce titre, il peut être considéré comme un indice des velléités d'indépendance d'une par-

11. ↑cf. *infra* 1.2.2, p.55

12. ↑A la suite de la création du CNFDH par Anna Hamilton, en 1908, une première réunion avait tenté de jeter les bases du Conseil National des Directrices d'Écoles d'Infirmière. Étaient présentes : Léonie Chaptal, Anna Hamilton, mais aussi Gabrielle Alphen-Salvador (directrice de l'Association pour le Développement de l'Assistance aux Malades (ADAM) aussi connue sous le nom d'École de la rue Amyot) et de la Mère Supérieure Catherine Ornellas (Religieuse consacrée et directrice de l'hôpital Pasteur). Au vu des divergences irréconciliables entre leurs conceptions de la formation des infirmières, cette réunion n'a abouti à aucun résultat concret.

13. ↑Ce dernier subit des restructurations après la Seconde Guerre Mondiale et s'ouvre progressivement aux autres professions dites « paramédicales » (masseurs-kinésithérapeutes, radiologues, ergothérapeutes, etc.). Au début des années 1970, la proportion d'infirmières en son sein est réduite à un tiers ; cela malgré les tentatives de membres éminents de la profession infirmière pour faire augmenter cette proportion En 1975, le CPEI deviendra le Conseil Supérieur des Professions Paramédicales, qui comportera une commission spécifique aux infirmières.

tie de la profession infirmière [14]. Lors de leurs échanges, les directrices d'écoles vont non seulement réfléchir à la formation des infirmières, mais également à celle des infirmières « supérieures » [15]. Les membres du CEEI souhaitent que ces infirmières « supérieures » puissent obtenir la reconnaissance de leurs qualifications spécifiques. Elles sont issues du groupe professionnel infirmier, ce qui est conçu comme indispensable. Cependant, elles ont d'autres missions que les seuls soins aux malades, ce qui demande une nouvelle formation. Dans les années 1950, on assiste ainsi à la multiplication d'écoles à destination des infirmières « supérieures ». En 1951, la Croix-Rouge crée une spécialité administrative, parmi ses formations de spécialisation. En 1954, l'UCSS soutient la création de « l'école catholique de cadres d'infirmières et de monitrices » à destination des religieuses. Enfin, en 1956, l'Assistance Publique de Paris crée sa propre école de formation. Cinq autres écoles seront créées dans le reste de la France (Knibiehler 1984, p. 251). Très souvent à destination des infirmières encadrantes des services de soin, le contenu de ces formations concerne à la fois les nouvelles techniques de soin mais aussi la gestion et l'administration des services. Du côté des infirmières enseignantes, à partir de 1954, le CEEI organise, chaque année, une semaine de formation rassemblant des directrices d'établissement et des infirmières chargées d'enseignements. Le programme de ces semaines de formation touche aux différents aspects du rôle de ces infirmières particulières. Les conférences magistrales réalisées par les médecins portent sur les découvertes scientifiques relatives aux pathologies et aux traitements afférents. Ainsi, les enseignantes restent à la pointe des nouvelles découvertes médicales et pourront mieux transmettre ce savoir en pleine expansion aux futures infirmières. De nombreux temps d'échanges, formels et informels, sont également prévus pour que les directrices et monitrices puissent discuter des méthodes pédagogiques qu'elles utilisent. Ces discussions sont prolongées par des groupes de travail régionaux qui cherchent notamment à améliorer l'encadrement des élèves dans les services de soin (Knibiehler 1984, p. 253). A travers toutes ces initiatives, deux segments du groupe professionnel infirmier se structurent progressivement : les enseignantes et les encadrantes. Ces formations nourrissent chez les participantes la conscience de la particularité de leurs

14. ↑A partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale, les directrices d'écoles ont elles-mêmes, très souvent, passé des diplômes d'infirmières avant d'accéder à ce type de poste.

15. ↑Les appellations ne sont pas stabilisées à cette période. Les infirmières de ces segments sont dénommées tantôt « cadres » de manière indifférenciée ; tantôt « surveillantes » pour celles qui exercent un rôle de gestion et d'administration dans les services, ou « monitrices » pour celles qui sont chargées des enseignements dans les écoles. Nous choisissons de nommer ces infirmières « supérieures » pour éviter toute confusion avec les titres qui seront créés ultérieurement. Ce terme permet aussi de rendre compte du fait que les infirmières qui font partie de ces segments sont, en général, les plus diplômées.

activités par rapport à celles des infirmières qui exercent auprès des malades et la nécessité de revendiquer un statut particulier. Les infirmières « supérieures » en charge de l'encadrement dans les services, ainsi que celles qui organisent et dispensent la formation des élèves, ont en effet des missions spécifiques qui les éloignent progressivement de l'activité de soin directement auprès du malade (Bucher, Strauss 1961, p. 327). Ces infirmières « supérieures » vont faire pression auprès des pouvoirs publics, par l'intermédiaire de leurs associations professionnelles – l'ANIDEF et le CEEI notamment – pour qu'ils réglementent la formation. Elles obtiennent en partie gain de cause en 1958. Le décret du 14 novembre 1958 institue deux certificats d'aptitudes : l'un aux fonctions d'infirmière surveillante (CAFIS) et l'autre aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM)[16]. Ils sont délivrés aux infirmières diplômées d'État après un enseignement, d'une durée de huit mois, dispensé dans une école agréée par le ministère et sanctionné par un examen terminal[17]. La formation et l'obtention de ces certificats ne sont toutefois pas obligatoires pour exercer. Il n'y a donc pas de monopole des infirmières sur ce segment du marché du travail. Ces deux certificats ne changent pas non plus la nature du travail réalisé. Ils permettent néanmoins une reconnaissance officielle des fonctions d'encadrement interne au groupe professionnel infirmier, à la fois dans les services et dans la formation. Ils actent le fait que les infirmières sont les mieux placées pour réaliser ces tâches d'encadrement et d'enseignement des personnels soignants. A la suite de cette première reconnaissance officielle, ces segments vont se mobiliser pour obtenir le monopole de ces activités.

Du côté du segment encadrement, les revendications prennent appui sur le contexte de technicisation et de spécialisation croissante des structures hospitalières. Il entraîne de plus en plus de tâches relatives à la coordination entre les services de soin. Les tâches de gestion et de planification dans l'ensemble des hôpitaux se multiplient également. Par la voie de leurs associations professionnelles, les infirmières et les infirmières surveillantes réclament la création de postes de surveillantes générales qui occuperaient ces fonctions. En 1962, un décret réglemente le recrutement et l'avancement de certaines catégories de professionnels au sein des hôpitaux publics, parmi lesquelles les infirmières[18]. Ce décret institue un nouveau grade dans l'encadrement des soins : celui de surveillante-chef. L'évolution de carrière est ainsi conçue : pour être éligible aux fonctions de surveillante, une infirmière

16. ↑Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958, paru au Journal Officiel du 19 novembre 1958 p. 10400.
17. ↑Là aussi des autorisations exceptionnelles dérogatoires peuvent être attribuées pour pallier le manque d'infirmières surveillantes ou monitrices diplômées.
18. ↑Décret n°62-132 du 2 février 1962, publié au Journal Officiel du 4 février 1962 p. 1233.

diplômée d'État doit pouvoir justifier d'au moins huit années d'expérience professionnelle. Ce délai est ramené à cinq ans si l'infirmière possède le diplôme d'infirmière surveillante. Les postes de surveillante-chef sont ouverts à la candidature pour les surveillantes, titulaires du diplôme d'État d'infirmière, qui ont au minimum trois années d'ancienneté dans leurs fonctions. Ces dispositions, qui seront confirmées en 1969, rendent compte du fait que les fonctions de surveillance font partie d'un déroulement de carrière classique, dont l'avancement se réalise à l'ancienneté pour les infirmières. Cependant, ce grade supplémentaire ne fait pas l'objet d'une formation spécifique et n'est reconnu que comme une catégorie administrative. De plus, il n'est pas réservé aux infirmières puisque ces postes sont également accessibles aux chefs de service de maternité, aux cheffes sages-femmes, ainsi qu'aux sages-femmes ayant exercé pendant au moins dix ans. Il n'y a donc toujours pas de monopole des infirmières à ces postes d'encadrement.

Du côté du segment enseignement, les monitrices sont peu à peu intégrées au sein du CEEI. Deux monitrices deviennent membres du conseil d'administration en 1959. Elles forment alors un groupe spécifique présidé par l'une d'entre elles. En 1969, elles y seront représentées à part égale avec les directrices d'écoles. Les monitrices se trouvent ainsi autorisées à prendre part aux décisions concernant la formation des infirmières. Un élément important de cette structuration, est l'ouverture, en 1965, de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (EIEIS) de Lyon. Cette école est ouverte avec le concours de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dès les années 19501, l'OMS reconnaît l'importance des infirmières dans le développement des soins et dans l'amélioration de la situation sanitaire mondiale (Poisson 2012, pp. 71-75). La création de l'EIEIS s'inscrit dans une volonté de développement des formations infirmières supérieures au niveau mondial portée par l'OMS. Cette école est associée à l'institution universitaire et délivre des diplômes de l'enseignement supérieur et forme de futures directrices d'écoles, monitrices et surveillantes. Elle organise également les prémices de la recherche infirmière (cf infra 2.2.1, p.75). Le niveau de recrutement des membres de l'équipe dirigeante et des monitrices de l'école est élevé : en plus de posséder le diplôme d'État et un diplôme de « cadre » [19], elles doivent avoir réalisé des expériences en soins infirmiers à l'étranger – principalement en Amérique du Nord ou en Angleterre [20] – et enfin elles ont effectué des études supérieures

19. ↑Les membres de la première équipe de direction de l'EIEIS – composée d'Huguette Bachelot (directrice) et de Catherine Mordacq (directrice adjointe en charge de l'enseignement) – ont suivi des formations de « cadres » au milieu des années 1950, lorsque les diplômes reconnus par l'État n'existaient pas encore (Poisson 2012).

20. ↑Dans les années 1950, l'ANIDEF organise des échanges entre les infirmières françaises, anglaises et

complémentaires à l'étranger, aux États-Unis ou au Canada, avec un soutien financier de l'OMS (Poisson 2012). Il s'agit de recruter une élite professionnelle, sensibilisée aux conceptions anglo-américaines des soins infirmiers – héritières des conceptions développées par Florence Nightingale –, qui formera à son tour les futures cadres de la profession. Huguette Bachelot[21], la première directrice de l'EIEIS, met tout particulièrement l'accent sur la structuration du corps infirmier enseignant. Outre la formation d'infirmières-monitrices, elle souhaite également former de futures « conseillères pédagogiques ». Il s'agit d'une fonction supérieure de conseil et de supervision, d'un point de vue pédagogique, auprès des directrices d'écoles d'infirmières et d'écoles de cadres. Cette fonction serait exercée par des infirmières au niveau régional[22]. Entre 1969 et 1974, Huguette Bachelot travaillera aux réflexions à propos de cette fonction au sien du bureau d'étude éponyme, dont elle sera responsable, au sein du Comité d'Entente des Écoles d'Infirmières et des Écoles de Cadres (CEEIEC). C'est le nouveau nom du CEEI à partir de 1969. Cette transformation peut paraître anodine, mais elle permet de rendre visible la catégorie des cadres dans une des influentes associations professionnelles. Parallèlement, epuis les années 1960, l'ANFIDE organise des séminaires à destination des « surveillantes générales », ces cadres infirmières qui assurent des fonctions d'encadrement du personnel au niveau de l'ensemble de l'hôpital et non plus seulement d'un service (Latreille 1980). L'ANFIDE réclame la création d'un véritable statut et d'une formation pour ces cadres infirmières chargées de la sélection et de l'affectation du personnel des services. Elles revendiquent un rôle complémentaire à celui des personnels administratifs. La bataille pour la reconnaissance de cette fonction au sein de la direction des hôpitaux durera quinze ans. Ces segments vont revendiquer leur autonomie par rapport au corps médical, en argumentant, notamment de la nécessité de créer une ligne hiérarchique complète au sein des structures de soin.

---

américaines. Il s'agit d'envoyer des infirmières françaises travailler dans ces pays, pendant que les infirmières anglaises et américaines viennent travailler en France. Ces échanges, réalisés par les membres de l'association, participent à la sensibilisation d'une petite partie des infirmières au « modèle Nightingale » dans lequel l'infirmière dispose d'une certaine autonomie vis-à-vis du médecin.

21. ↑Huguette Bachelot (1923-2017) est née en Algérie. Elle obtient un diplôme d'aide-médico-sociale de la Croix-Rouge en 1943. Elle travaille à l'hôpital militaire de Mascara, en Algérie, durant la Seconde Guerre mondiale. Elle suivra ensuite des études d'infirmière à la Croix-Rouge de Nice et sera diplômée en 1948. Elle retournera ensuite travailler comme infirmière en Algérie. En 1951, elle obtient son diplôme d'infirmière anesthésiste à l'hôpital Mustafa d'Alger. Après quelques années en tant qu'infirmière, elle exercera en tant que surveillante de bloc opératoire puis comme surveillante chef d'un service de 150 lits. En 1957, elle obtient un certificat d'aptitude aux fonctions de surveillante à l'École des cadres de la Croix-Rouge à Paris. Elle sera par la suite recrutée comme monitrice à l'école d'infirmière de l'hôpital d'Alger jusqu'en 1961 où elle est approchée pour prendre la direction de l'EIEIS (Poisson 2012 , pp. 76-77).

22. ↑Aujourd'hui il existe, au sein des Agences Régionales de Santé (ARS), des conseillers pédagogique et techniques responsables des Instituts de Formations en Soins Infirmiers (les descendants des écoles d'infirmières, cf infra 2.2.2, p.83).

C'est au milieu des années 1970, que ces segments, que l'on nomme de plus en plus souvent « cadres infirmiers », vont obtenir une meilleure reconnaissance. Elles revendiquent l'unification et l'officialisation du titre de « cadre infirmière ». Leurs revendications seront, en partie, entendues suite à un mouvement de mobilisation infirmier. Nous n'avons pas pu identifier s'il s'agissait d'un mouvement initié par les cadres infirmières ou par les infirmières. Il semble toutefois que ces professionnelles coopèrent dans la revendication du monopole de l'encadrement des personnels de soins par les infirmières. Le décret du 9 octobre 1975 [23] instaure un certificat de cadre infirmière [24] unique. Ce décret remet en vigueur la durée minimale d'exercice de trois ans et précise qu'au moins deux années doivent avoir été réalisées dans un établissement hospitalier, public ou privé, comme membre à temps plein d'une équipe soignante. Il permet au segment des cadres infirmières d'obtenir le monopole de l'encadrement des personnels soignants. La même année, le grade d'infirmière générale est instauré. Elle est placée du côté de la direction des hôpitaux dans la hiérarchie hospitalière (Schweyer 1993). Elle vient ainsi compléter la hiérarchie infirmière, qui est donc composée des infirmières, des cadres infirmières, des surveillantes-cheffes et de l'infirmière générale. Le résultat des mobilisations est en demi-teinte, dans la mesure où, là encore, il ne s'agit que de grades. Toutefois, « cette évolution terminologique, qui coïncide avec un contenu d'activité plus orienté vers l'animation et la gestion des ressources humaines (Montesinos 1989), répond aux revendications d'une petite élite de la profession qui exprime ainsi la volonté de rompre avec la figure ancienne d'une maîtrise attachée au contrôle direct de l'activité de soin au profit de fonctions sociales plus prestigieuses » (Féroni, Kober-Smith 2005, pp. 475-476). Les cadres infirmières forment alors un groupe professionnel, identifié par un même nom et un rôle d'encadrement des personnels de soins. A l'intérieur de ce groupe les segments qui existaient antérieurement perdurent. Les cadres infirmières peuvent être surveillantes ou monitrices.

*

La période qui suit la Seconde Guerre mondiale est marquée par la naissance et la structuration progressive de deux nouveaux groupes professionnels soignants : les aides-soignantes et les cadres infirmiers. Du point de vue du groupe professionnel infirmier, le groupe des aides-soignantes leur permet de fermer leur marché du travail en réduisant la concurrence

23. ↑Décret n°75-928 du 9 octobre 1975, paru au Journal Officiel du 12 octobre 1975 p. 10566.

24. ↑Comme pour leur groupe d'origine, les cadres infirmiers sont à 84 % des cadres infirmières (Castéran-Sacreste 2016). Aussi nous choisissons de féminiser ce terme pour renforcer la spécificité de ce groupe.

interne au groupe. Ce nouveau groupe, subordonné au leur, doit prendre en charge une partie des tâches qu'elles réalisaient jusqu'ici. Cette délégation de tâches, qui se réalise progressivement, fait des infirmières les seules professionnelles habilitées à réaliser des soins médicaux. La division taylorienne du travail est en bonne voie. Le sommet de la hiérarchie est occupé par les médecins qui délèguent de plus en plus de tâches, qu'ils jugent routinières, aux infirmières, qui elles-mêmes délèguent certaines de leurs tâches, les moins valorisantes, aux aides-soignantes. Chaque groupe restant responsable du travail qu'il délègue au groupe suivant, les rapports de subordination sont clairement établis. Pour autant, certains segments du groupe professionnel infirmière ne se satisfont pas de cette subordination vis-à-vis du corps médical. On retrouve ici l'influence du modèle de la nurse anglaise développé par Florence Nightingale, importé au travers des contacts entre une élite infirmière française et celle des différents pays anglo-américains dans les instances internationales (ICN, OMS). Deux segments – que l'on nomme surveillantes et monitrices – vont s'autonomiser par rapport au groupe professionnel infirmier au cours des années 1960-1970, pour former un nouveau groupe professionnel : les cadres infirmières. On retrouve ces deux segments, encadrant et enseignant, au sein de ce nouveau groupe professionnel. En même temps que le groupe des cadres infirmières se structure, le segment enseignement va s'atteler à la tâche d'une nouvelle définition du mandat des infirmières.

2.2 Un espace d'intervention spécifique aux infirmières

2.2.1 Les cadres infirmières : entrepreneuses de morale (Becker 1985)

Dans les décennies 1950-1960, l'hôpital se modernise et se spécialise dans le diagnostic et le traitement des pathologies. La médecine hospitalière, couplée à des activités de recherche et à une mission d'enseignement, s'organise alors autour du traitement d'une pathologie, d'un organe ou d'une population. Dans les services spécialisés, le travail de soin devient de plus en plus technique, affectant l'activité des infirmières. Les médecins centrent progressivement leur activité sur l'établissement du diagnostic et du traitement approprié (Chauvenet 1973). Ils sont amenés à déléguer de plus en plus de soins aux infirmières. Soucieux de la compétence de ces auxiliaires – dont ils ont obtenu la subordination des infirmières en 1946 – ils leur ouvrent l'accès à de nouveaux savoirs médicaux. Les réformes des programmes des études infirmières de 1954 et surtout de 1961 font ainsi une plus grande place aux savoirs biologiques et médicaux. Ils consacrent la position de tech-

nicienne des infirmières en distinguant l'enseignement pratique sous la rubrique « rôle de l'infirmière » (Duboys Fresney, Perrin 2009, p. 67). Si, au début du XXe siècle, certains médecins réalisaient encore eux-mêmes de nombreux soins et rechignaient à déléguer ces actes au personnel féminin qu'ils jugeaient peu qualifié, il n'en va plus de même à partie des années 1950. La multiplication et la routinisation des soins dans le cadre des hôpitaux vont amener les médecins à déléguer aux infirmières, avec parcimonie et toujours sous contrôle, une partie de la réalisation des soins (Hughes 1961, pp. 340-341). Dans ce contexte, certains segments professionnels infirmiers vont se constituer en association pour réclamer la reconnaissance de leurs qualifications à travers des formations spécifiques. Ainsi, en 1960, le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Aide Anesthésiste (CAFIAA) est instauré [25]. De même, la catégorie infirmière de bloc opératoire prend forme officiellement en 1971, avec le Certificat d'Aptitude aux Fonctions Infirmière de Salle d'Opération (CAFISO) [26]. Un autre segment se structure, celui d'infirmière puéricultrice. Existant officiellement depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale [27], cette spécialité prend une nouvelle dimension, plus technique, en même temps que se développent les services hospitaliers de soins aux enfants, comme la néonatologie. Ces reconnaissances portent sur des spécialités directement liées aux évolutions de la médecine. Les infirmières y ont des missions nécessitant, avant tout, une expertise technique de pointe dont elles tirent un certain prestige par rapport à leurs collègues diplômées d'État. Cependant, comme le notait Everett Hughes à propos des infirmières aux États-Unis, l'augmentation du nombre de tâches techniques déléguées ne remet pas en cause les positions respectives des groupes professionnels. Leurs rôles sont strictement délimités. La réalisation des actes techniques, certes plus prestigieux, ne peut avoir lieu qu'à la demande des médecins. Aussi ces infirmières spécialisées, sont-elles cantonnées à une position dominée par rapport au corps médical, y compris à de hauts niveaux d'expertise technique. Le rapport de domination établi par les médecins et inscrit dans les textes législatifs, semble leur assurer de ne pas voir leur territoire professionnel menacé par les infirmières.

C'est dans ce contexte que les cadres infirmières – et plus particulièrement celles qui appartiennent au segment enseignant (Féroni 1994) – vont devenir des entrepreneuses de morale et tenter d'infléchir la définition de l'activité des infirmières (Becker 1985,

25. ↑En 1991, elles deviendront les Infirmières Anesthésistes Diplômées d'État (IADE).
26. ↑Les Infirmières de Bloc Opératoire obtiendront leur propre Diplôme d'État en 1992 (IBODE).
27. ↑La spécialité « puériculture » s'est structurée à partir de 1945 (ordonnance n °45-2720 relative à la Protection Maternelle et Infantile).

pp. 171-176). Elles cherchent à obtenir la reconnaissance du fait que leur travail n'est pas seulement un travail d'exécution. Pour cela elles vont devoir imposer le changement des représentations, mais aussi des normes et des lois, et ainsi faire valoir leurs compétences (Paradeise, Lichtenberger 2001, p. 41). Les cadres infirmières vont revendiquer « la constitution en compétences professionnelles de la dimension relationnelle du soin, la reconnaissance en qualification professionnelle de ce qui a longtemps été considéré comme le prolongement de qualités maternelles et féminines » (Lert 1996, p. 104). Pour faire entendre ces revendications, les cadres de la profession vont tâcher de donner de la visibilité à cette particularité du travail infirmier. Les membres de l'EIEIS participent activement à cette sensibilisation. Deux d'entre elles s'engagent, en parallèle de leurs activités dans l'école, dans les associations catégorielles, l'ANFIIDE et le CEEIEC, à des postes stratégiques. Catherine Mordacq[28], directrice adjointe de l'EIEIS chargée de l'enseignement, sera présidente de la section Rhône de l'ANFIIDE de 1965 à 1967. Elle sera ensuite vice-présidente du CEEIEC de 1968 à 1972 (Poisson 2012, p. 86). Marie-Françoise Collière[29], monitrice à l'EIEIS, prendra par la suite ce poste de vice-présidente jusqu'en 1975 (Poisson 2012, p. 88). Ces femmes ont mis à profit leurs positions dans ces associations pour relayer leur conception des soins infirmiers, relevant d'un domaine différent de celui de la médecine. Elles ont constitué des réseaux de cadres infirmières sensibilisées à ces questions. Ainsi, en 1969, l'ANFIIDE commande à Catherine Mordacq une étude sur la profession d'infirmière et ses spécificités. La question que se pose l'intéressée, au début de son entreprise, est

28. ↑Catherine Mordacq (1924-?) est née à Sedan. Son père étant militaire, elle part avec lui à 13 ans au Maroc. Elle obtient un premier diplôme d'aide médico-social à Rabat en 1943. Elle obtiendra ensuite son diplôme d'Etat d'infirmière en 1945 à Casablanca. A son retour en France elle suit les études d'Assistante sociale à Bordeaux et obtient son diplôme en 1948. Elle exercera cette profession de 1948 à 1951. Puis, sollicitée par la Croix-Rouge, elle exercera comme infirmière à Saïgon jusqu'en 1953. Ensuite elle obtient, par le biais de la Croix-Rouge, un poste de monitrice à l'école d'infirmières et d'assistantes sociales du comité national de défense contre la tuberculose à Paris. Elle y exercera jusqu'en 1962. Elle passe rapidement le certificat de cadre option monitrice de la Croix-Rouge et l'obtient en 1955. Durant cette période, elle profite aussi de l'attribution de bourse pour aller étudier la pédagogie aux États-Unis. Elle acquéra alors plusieurs expériences en tant qu'infirmière dans des hôpitaux. Elle intégrera l'EIEIS dès l'ouverture en tant que directrice-adjointe chargée de l'enseignement (Poisson 2012 , pp. 84-85).

29. ↑Marie-Françoise Collière (1930-2005) est devenue infirmière en 1956, après des études de psychologie et d'anthropologie à la Sorbonne. Elle fait ses études dans une école professionnelle dans le XX e arrondissement de Paris qui prépare aux diplômes d'infirmière et d'assistante sociale. Elle obtiendra d'ailleurs ce dernier en 1958. Elle travaille tout d'abord comme assistante sociale, puis comme infirmière, exercice dans lequel elle se fixe. Elle obtiendra son diplôme de cadre en 1962 et privilégie la dimension pédagogique. En 1965 elle intègre l'EIESI de Lyon. Elle suivra des études universitaires et obtiendra plusieurs diplômes : un Master of science « Teaching Public Health Nursing » avec option anthropologie et sociologie des religions, délivré par la Wayne State University de Détroit dans le Michigan en 1965 ; un Diplôme d'Études Approfondies (DEA) d'Histoire des Civilisations à l'Université Diderot Paris VII sous la direction de Michelle Perrot en 1982 (Vigil-Ripoche 2011). Son parcours est un exemple typique de la façon dont les cadres infirmières ont pu faire usage des sciences humaines et sociales pour contribuer à la connaissance et à la structuration de leur groupe professionnel.

formulée de la manière suivante :

> *Existe-t-il un service identifiable dont sont responsables les infirmières, ou suffit-il d'attendre un peu pour que l'extinction de ce groupe professionnel se produise par éclatement en de nombreuses professions paramédicales, et dans ce cas, quel vide apparaîtrait à sa disparition ?*
>
> *(Catherine Mordacq citée par Michel Poisson (*Poisson 2012*, p. 86))*

Cette façon, volontairement provocante, de poser la question, traduit la volonté d'éviter l'éclatement technique du groupe professionnel infirmier. Pour cela, il est nécessaire d'argumenter et d'étayer la spécificité du travail des infirmières. Catherine Mordacq organise, à cette fin, un groupe d'étude composé d'infirmières praticiennes, de surveillantes et de monitrices. Les deux militantes participent également activement à la publication d'ouvrages et de revues pour diffuser leurs conceptions des soins. Elles assurent ainsi à la profession infirmière une place importante dans l'espace public. À partir de 1972, Catherine Mordacq dirige une collection d'ouvrages, à destination des infirmières mais aussi du grand public, intitulée *l'Infirmière Aujourd'hui*. Cette collection publiera cinquante-cinq ouvrages entre 1972 et 1994, dont vingt et un sont écrits par des enseignantes ou des élèves de l'EIEIS (Poisson 2012, p. 87). Marie-Françoise Collière, quant à elle, crée une revue au sein du CEEIEC en 1971 : *L'infirmière enseignante, bulletin d'information et de pédagogie*. Par la rédaction des éditoriaux jusqu'en 1975, elle cherche à diffuser sa vision novatrice du rôle de l'infirmière dans les écoles. Ce travail semble porter ses fruits. D'après les statistiques établis par Émilie Caminade pour les hôpitaux parisiens, la profession d'infirmière recrute de plus en plus ses membres dans les couches les plus diplômées de la population. En effet, si en 1965 1,5% seulement des infirmières possèdent un diplôme de fin d'études secondaire, elles sont 44% en 1973 (Caminade 2001). On peut faire l'hypothèse que cette attirance des classes les plus diplômées pour la profession est en partie la conséquence de l'entreprise de morale des cadres infirmières. La revalorisation de l'imagen des infirmières - qui ne se limiterait pas à celle d'une technicienne - attirerait plus de candidates issues des classes les plus favorisées.

Cette entreprise de transformation du rôle de l'infirmière, de celui d'une technicienne à celui d'une professionnelle responsable, s'accélère dans les années 1970. Ces revendications vont trouver un écho et un catalyseur dans les mouvements de la fin des années 1960, dont les mobilisations de mai 1968 sont une émanation. Cette période est marquée par la contestation de l'ordre en place et de revendications de droits. Pour ce qui nous intéresse ici, ces années voient le développement et la structuration des mouvements féministes qui

posent la question de l'inclusion des femmes dans le mouvement de libération des mœurs et plus généralement dans la société. La critique des inégalités femmes/hommes trouve un écho tout particulier dans une profession féminisée et dominée par une autre profession masculine. Les questionnements sur la place des femmes dans la société entrent en résonance avec les questionnements des infirmières sur leur place dans la division du travail à l'hôpital. Outre les revendications d'égalité entre les sexes, les mouvements du printemps 1968 questionnent également les figures de l'autorité. Celle du médecin ne fait pas exception. Si leurs qualifications ne sont pas remises en cause, la conception dominante de la médecine [30] qui s'organise autour de (dys)fonctions biologiques, d'organes à soigner ou de catégorie de populations, n'est pas jugée suffisante. De nombreuses associations de patients se constituent et réclament « l'Humanisation des hôpitaux » [31]. Elles sont entendus par les pouvoirs publics dans les années 1970. Différents rapports et circulaires préconisent l'amélioration des conditions d'accueil des patients à l'hôpital, de leur information et, surtout, du « respect de leur dignité et de leur personnalité » [32]. Les cadres infirmières vont se saisir de ces revendications pour défendre leur conception particulière du rôle de l'infirmière. « Le malade [ne peut] plus [être] conçu comme le corps morcelé, objet d'une intervention médicale à visée curative mais comme un sujet auquel l'infirmière [doit] procur[er] hygiène, confort, soutien psychologique et éducation » (Lert 1996, p. 104). Les cadres infirmières expliquent que les infirmières sont les mieux placées pour prendre en charge de manière personnalisée les besoins des malades. Il s'agit d'un travail de construction d'une professionnelle experte (Paradeise 1985). Ce travail, nous explique Catherine Paradeise, prend appui sur une rhétorique du besoin. L'affirmation d'un besoin de personnalisation des soins va être utilisée par les cadres infirmières pour faire reconnaître la spécificité du travail des infirmières. Si le traitement des patients est personnalisé, cela suppose que les infirmières ne peuvent être seulement des techniciennes, elles doivent pouvoir s'adapter aux particularités de chacun des patients. Cette construction d'une professionnelle experte repose également sur une rhétorique de la science. Pour défendre cette conception de leur travail, les cadres infirmières vont s'appuyer sur des travaux de recherche nord-américains consacrés à la prise en compte des besoins individuels [33]. Les recherches

30. ↑Certains médecins, « généralistes » pour la plupart, revendiquent également une meilleure prise en charge des personnes malades en plus de la maladie. Leur influence reste cependant limitée (Baszanger 1983).

31. ↑Cette revendication n'est pas nouvelle, la circulaire du 5 décembre de 1958 utilise déjà ces termes. (JO n°0290 du 12/12/1958, p. 11184).

32. ↑Circulaire du 20 septembre 1974 relative à la charte du patient hospitalisé.

33. ↑Les liens tissés avec les infirmières d'autres pays, au sein d'organisations internationales comme le

en psychologie occupent alors une place importante. On compte parmi eux les travaux d'Abraham Maslow et sa pyramide des besoins (Maslow 1943), ou encore les travaux de Carl Rogers sur la non-directivité et la relation-aide, aussi nommés « approche centrée sur la personne » (Rogers 1942). Les travaux d'une infirmière, Virginira Henderson[34], sont également mobilisés. Elle développe une théorie basée sur les 14 besoins fondamentaux des êtres humains : respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir, se vêtir, maintenir sa température corporelle, communiquer, pratiquer sa religion et agir selon ses croyances, s'occuper et se réaliser, apprendre, etc. (Henderson 1947). Ils doivent être évalués et pris en charge de façon personnalisée dans la mesure où leur expression et leur satisfaction dépendent de l'âge, de l'état de santé et des habitudes personnelles et culturelles. On peut supposer que le fait qu'elle soit elle-même infirmière de formation contribue à la popularité de ses travaux parmi les cadres infirmières. Toutes ces théories ont été traduites en français et se sont donc diffusées plus largement au cours des années 1960 et 1970. Elles jettent les bases d'une approche personnalisée des patients qui va servir de pilier scientifique au travail de construction de l'expertise infirmière.

Toutefois, l'entreprise de morale ne peut réussir que si les cadres infirmières parviennent à faire reconnaître leur définition de l'activité infirmière aux pouvoirs publics. Pour y parvenir des cadres infirmières, notamment celles qui font partie de l'EIEIS, vont s'investir au plus près des pouvoirs publics. Ainsi, Catherine Mordacq participe, de 1968 à 1970, à la commission ministérielle de rénovation des études d'infirmières qui aboutira à la proposition d'un nouveau programme en 1972 (Poisson 2012, p. 86). Ce dernier est centré sur les apports spécifiques des infirmières au processus de soin, tout particulièrement en matière d'éducation à la santé. C'est le premier programme qui fait une place à l'expertise des infirmières. Marie-Françoise Collière, pour sa part, créera avec la présidente du CEEIEC, Marie-Thérèse Bonsart, directrice de l'école d'infirmières de Pontoise, le Comité

Conseil International des Infirmières, favorisent la diffusion de ces travaux de recherche.

34. ↑Virginia Henderson (1897-1996) est issue d'une famille américaine aisée. Son père est avocat. C'est sur ses conseils qu'elle entame, en 1918, des études d'infirmière dans une école militaire. A sa sortie de l'école, elle intègre un dispensaire puis une association d'infirmières exerçant à domicile. En 1923, elle est engagée comme enseignante à temps plein dans l'école d'infirmière de Norfolk en Virginie. Parallèlement à son activité d'enseignement, elle suit des cours au Teachers College pour améliorer ses connaissances. Cette école est dirigée par Annie Goodrich, fortement marquée par le modèle de Florence Nightingale. Virginia Henderson y obtiendra un diplôme d'infirmière de l'enseignement supérieur. En 1932, elle reprend une formation à la faculté de médecine. Elle souhaite pouvoir enseigner elle-même les notions d'anatomie, de physiologie et de bactériologie et ainsi exclure les médecins de l'enseignement destiné aux infirmières. Elle s'implique dans la recherche en soins infirmiers – naissante aux États-Unis à cette époque – et développe son modèle des quatorze besoins fondamentaux (cf. corps du texte). Dans les années 1950, elle élabore une définition des soins infirmiers et du rôle de l'infirmière. Cette définition sera reprise et diffusée par l'ICN à partir des années 1960. Elle rédige également de nombreux ouvrages traitant des principes et de la nature des soins infirmiers.

Infirmier Permanent de Liaison et d'Études (CIPLE) (Vigil-Ripoche 2011, p. 13). Ce comité regroupe pour la première fois tous les organismes représentatifs de la profession infirmière, syndicats et associations. Il constituera un puissant levier auprès des pouvoirs publics dans le travail de valorisation et de visibilité de la spécificité des infirmières [35]. En 1978, l'entreprise de morale remporte un succès partiel. Les cadres infirmières obtiennent des pouvoirs publics qu'ils reconnaissent aux infirmières une zone d'autonomie, qui sera nommée « rôle propre ». La définition de l'infirmière, inscrite dans le Code de la Santé Publique, se transforme comme suit :

> *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu.*
>
> *(Loi 78-615 du 31 mai 1978, parue au Journal Officiel du 1er juin 1978, p. 2235)*

La victoire est donc partielle. Certes, la loi reconnaît aux infirmières une zone d'autonomie, mais celle-ci vient s'ajouter et non se substituer au rôle sur prescription. Marie-Françoise Collière confiera à ce propos son regret de ne pas avoir pu obtenir le remplacement de l'expression « rôle propre » par l'expression « fonction infirmière » (Vigil-Ripoche 2011, p. 13). La formulation contient ainsi une part d'ambiguïté : elle ajoute le rôle propre au rôle sur prescription, elle ne l'y substitue pas. Dès lors, les infirmières acquièrent une certaine autonomie tout en étant toujours subordonnée aux médecins (Acker 1991; Lert 1996). Par ailleurs, l'obtention de cette zone d'autonomie ne met pas fin à l'entreprise des cadres infirmières qui vont activement participer aux débats institutionnels qui aboutiront à la rédaction du décret d'application en 1981. En effet, c'est ce texte qui va préciser le contenu du « rôle propre ». L'article 3 le définit ainsi :

> *Relèvent du rôle propre de l'infirmier des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et destinés à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne.*
>
> *(Décret n°81-539 du 12 mai 1981, paru au JO du 15 mai 1981, p. 1450)*

On peut voir dans la formulation retenue dans ce décret, la patte de Marie-Françoise Collière qui utilise fréquemment l'expression « fonction d'entretien et de continuité de la

35. ↑Le CIPLE mènera également des combats pour s'opposer à de nouvelles stratifications des emplois d'aide-soignant tant qu'un service infirmier n'est pas créé. Il empêchera de même la création de chambre disciplinaire pour infirmières alors qu'aucune loi ne définit la responsabilité de la profession.

vie » pour parler du rôle des infirmières (Vigil-Ripoche 2011, p. 18). Ce décret de compétence stipule que dans le cadre de ces soins, l'infirmière est à l'initiative des procédures et en porte donc la responsabilité. Il dresse une liste des actes qui relèvent du rôle propre. Ce dernier concerne tout ce qui touche au déroulement du séjour du patient à l'hôpital. Il s'agit de tâches effectuées antérieurement ou postérieurement à l'activité médicale, comme la prévention ou la réadaptation, ou bien les soins relatifs à l'hygiène et au confort du patient. Les actes médicaux restent placés sous le contrôle des médecins.

Cette modification du rôle de l'infirmière et l'extension de cette zone d'autonomie ne seront toutefois pas facilement acceptées par le corps médical. C'est tout particulièrement un acte inscrit dans la liste des actes relevant du rôle propre qui va poser problème. Il s'agit du « contrôle des paramètres urinaires courants par des procédés rapides de dépistages ». Concrètement, cela signifie que l'organisation et la lecture des résultats des bandelettes urinaires relève de l'initiative et de la responsabilité des infirmières. Laisser l'initiative de cet acte aux infirmières menace la juridiction des médecins biologistes (Abbott 1988). Ils ne reconnaissent pas aux infirmières le droit de lire les résultats des examens. Cette prérogative doit leur être réservée, dans la mesure où il s'agit de la première étape de l'établissement du diagnostic. Les médecins biologistes, appuyés par leurs syndicats, vont déposer un recours auprès du Conseil d'État et parviendront à faire annuler le décret de compétence en 1984. Ils parviennent à défendre efficacement les frontières de leur territoire professionnel. Le décret sera remplacé à peine quelques mois plus tard, suite à la mobilisation des instances professionnelles infirmières. Il ne fera plus mention de cette possibilité de lecture des résultats. Les médecins veillent par ailleurs à encadrer scrupuleusement le travail infirmier sur prescription. Ainsi, les actes délégués sont classés en trois catégories : ceux qui seront réalisés à la suite d'une ordonnance et en l'absence du médecin ; ceux qui nécessitent qu'un médecin soit suffisamment proche pour pouvoir intervenir ; et ceux qui ne peuvent être effectués qu'en présence d'un médecin (Féroni, Kober 1995, pp. 52-53).

La reconnaissance légale du rôle propre infirmier et le décret d'application constituent un premier pas vers plus d'autonomie. Ils permettent une valorisation du Diplôme d'État d'infirmière. Il est reconnu comme un diplôme de niveau III – équivalent à un Brevet de Technicien Supérieur (BTS), soit bac+2 – en 1979 et le baccalauréat est obligatoire pour accéder aux études d'infirmières depuis le rétablissement du décret d'application relatif au rôle propre en 1984. L'enjeu pour les cadres infirmières, c'est dès lors de mettre en valeur cette zone d'autonomie. Pour cela, elles vont tâcher d'organiser les savoirs infirmiers.

2.2.2 Structuration des savoirs infirmiers

Dans le contexte des années 1980 la maîtrise des dépenses publiques en matière de santé devient une préoccupation prégnante. Dans une optique de réduction des coûts, les directions d'hôpitaux et les pouvoirs publics vont s'intéresser aux activités soignantes. Il s'agit de mieux les comprendre pour pouvoir évaluer leurs coûts et rationaliser leur organisation. Des groupes de travail sont constitués au sein des établissements et placés sous la direction de l'infirmière générale. Ils sont composés majoritairement de cadres infirmières issues de différents services. Ces groupes sont chargés de répertorier les activités soignantes, au départ dans un but d'amélioration des connaissances et des procédures techniques. Les cadres infirmières vont se saisir de cet intérêt pour argumenter de la spécificité de la pratique infirmière et rendre visible leur travail (Acker 1997). Ces groupes de travail aboutiront, au milieu des années 1980, à la production des Guides du service infirmier. Il s'agit de fascicules thématiques dont une première série concerne « l'organisation et la gestion des soins infirmiers ». Une seconde série touche plus directement aux « soins infirmiers ». « Les guides sont le fruit d'un travail collectif, difficile dans une profession particulièrement fragmentée, et d'un « consensus » de la part des nombreux participants aux groupes de travail » (Acker 1991, p. 126). Plus qu'un outil technique, ces guides sont un moyen de constituer un corpus de savoirs cohérents et interdépendants, dont la pièce maîtresse est le guide intitulé « Terminologie des soins infirmiers ». Ce guide est la première formalisation du vocabulaire commun à l'ensemble du groupe professionnel et élaboré par lui. Les cadres infirmières ont un poids considérable dans la réalisation de ces guides. Françoise Acker remarque que c'est seulement une fois que le travail est réalisé que les associations catégorielles sont consultées pour avis. Le travail d'élaboration des cadres infirmières prend appui sur les travaux de recherche pionniers réalisés par l'EIEIS de Lyon [36]. A travers un vocabulaire commun, ces documents donnent corps aux « soins infirmiers ». Ils constituent un puissant vecteur de cohésion professionnelle dans la mesure où ils fixent et précisent ce qui donne sens au travail infirmier. Les soins infirmiers y sont définis comme « *une discipline visant à offrir à une personne et/ou une collectivité un ensemble de prestations qui concourent à répondre à leurs besoins de santé* » (Guide du service infirmier n°3 : Ter-

36. ↑A partir de 1978, l'EIEIS change de nom. Elle devient le Département d'Enseignement Infirmier Supérieur (DEIS), qui prend place à l'intérieur de l'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé. Le DEIS délivre une Maîtrise en Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales (MSTSS) option Soins Infirmiers. Il s'agit de la première formation universitaire en soins infirmiers de niveau maîtrise. Cette transformation est le signe des changements à venir. La création des cadres de santé date en effet de 1995 (cf. infra. 3.1.1, page 94)

minologie des soins infirmiers, 1986) [37]. Au début de chaque guide un certain nombre de concepts sont rappelés et définis. Parmi eux, la santé est entendue dans un sens global, en référence à l'acception de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1946 : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [38]. L'être humain, et l'approche globale aussi nommée holistique pour le prendre en charge, font également partie des concepts régulièrement mentionnés. Pour que la prise en charge soit globale, elle doit tenir compte des dimensions « *biologiques, psychologiques, sociologiques, culturelles et spirituelles* » (Guide du service infirmier n° 5 : Typologie des soins infirmiers, 1987) [39]. Enfin, il est fréquemment fait référence aux modèles ou aux théories de soins infirmiers, le plus souvent ce sont les travaux de Virginia Henderson [40]. A travers ces guides, les cadres de santé rendent compte des dénominateurs communs des pratiques infirmières. Ils mettent l'accent sur le rôle propre de l'infirmière, ne mentionnant que très brièvement son rôle sur prescription. Ces guides permettent d'unifier le groupe professionnel autour d'un vocabulaire, de concepts communs et aussi de valeurs de référence. Ils constituent une première formalisation de la culture professionnelle infirmière, fondée sur une conception de la santé différente de celle des médecins. Les cadres infirmières vont ainsi préciser ce qui constitue l'espace spécifique d'intervention des infirmières : la prise en charge globale des patients (Ollivier 2012, p. 244). Ces guides formalisent également des procédures de prises en charge spécifiquement infirmières, les diagnostics infirmiers. Ces diagnostics portent sur les réactions du malade envers sa maladie. Il s'agit d'évaluer ce qui peut entraver le bon déroulement de la prise en charge du patient. Ces diagnostics prennent appui sur les informations contenues dans le dossier de soins infirmiers. Il s'agit d'un dossier rassemblant la majeure partie des documents produits et utilisés par les infirmières. Il est conçu comme complémentaire au dossier médical du patient, qui est consulté pour comprendre la pathologie et son évolution. Le dossier de soin est « la condition nécessaire pour passer d'une organisation du travail taylorienne, fondée sur la réalisation d'actes – les prescriptions médicales et les soins sont inscrits et regroupés par acte pour l'ensemble des malades du service – à une organisation du travail

37. ↑« Guide du Service Infirmier n ° 3 : Terminologie des soins infirmiers », 1986, ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, *Bulletin officiel*, n°86-21 bis, Paris, Journal officiel.

38. ↑Préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946.

39. ↑« Guide du Service Infirmier n ° 5 : Typologie des actes de soins infirmiers relatifs au rôle propre de l'infirmière. », 1987, ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, *Bulletin officiel*, n°87-28, Paris, Journal officiel.

40. ↑Catherine Duboys Fresney et Georgette Perrin font état d'autres théoriciennes anglo-saxonnes comme Hildegarde Peplau, Dorothée Orem, Callista Roy ou Jean Watson qui mettent toutes l'accent sur la dimension holistique de la santé (Duboys Fresney, Perrin 2009 , pp. 36-39).

par malade (rassemblement de l'ensemble des informations et des actions à entreprendre pour un même patient), soit une possible responsabilisation de l'infirmière et l'exercice d'un jugement sur la conduite de ses actions » (Acker 1995, p. 77). Ainsi, en plus de fournir une base commune au groupe professionnel, les guides du service infirmier jettent les bases d'une possible revalorisation de la place de l'infirmière dans la division du travail de soin. Grâce à l'élaboration et à la consultation du dossier de soin, « l'infirmière peut situer une action particulière dans un ensemble qui lui donne sens, la rend attendue, plausible ou au contraire, surprenante. » (Acker 1997, p. 72). C'est une étape franchie dans la construction d'une science infirmière, qui comporte à présent des procédures spécifiques.

Parallèlement à la rédaction des guides, les cadres infirmières vont structurer et investir le champ de la recherche en soins infirmiers. Les *Cahiers de l'AMIEC* (l'association des AMIs de l'ECole internationale d'enseignement infirmier supérieur), rédigés et diffusés suite aux travaux de l'EIEIS, constituent la première pierre de la recherche infirmière. C'est l'AMIEC qui assurera la publication des *Dictionnaires de Soins Infirmiers*. Par ailleurs, en 1983, l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) est fondée. Elle organisera la publication de la revue Recherche en Soins Infirmiers (RSI) à partir de 1985. Les recherches portent sur l'organisation des soins, la formation, la place de l'infirmière et l'éducation à la santé. Elles mettent majoritairement l'accent sur le rôle propre de l'infirmière, compris comme une zone d'exercice autonome. L'un des ouvrages de référence de cette époque, est celui de Marie-Françoise Collière : *Promouvoir la vie* (Collière 1982). Cet ouvrage, écrit par une cadre infirmière, propose un retour à une définition du soin qui ne soit pas seulement un traitement, mais qui consiste à « maintenir, promouvoir et développer tout ce qui existe ou tout ce qui demeure de potentiel de vie au sein des êtres vivants ». L'autrice propose que ce rôle soit investi par « la profession infirmière qui après un siècle de professionnalisation cherche encore son identité » [41]. Dans la revendication du contrôle d'une activité par un groupe professionnel, les savoirs théoriques occupent une place importante. Andrew Abbott explique comment un cadre théorique est à même de redéfinir le problème ou le besoin auquel entendent répondre les professionnels. Ce cadre théorique est alors un moyen de prouver que ce problème ne peut être correctement traité que s'il est pris en charge par le groupe professionnel qui détient ce savoir (Abbott 1988, pp. 9-11). Les cadres infirmières utilisent les théories psychologiques pour définir la façon de répondre à la demande « d'humanisation » des hôpitaux. Ce faisant, elles redéfinissent les besoins des patients

41. ↑Extraits de la quatrième de couverture de l'édition 1998.

durant leur hospitalisation et argumentent que les infirmières sont les professionnelles les plus à même de répondre à ces besoins. Les cadres infirmières rejettent progressivement les médecins du côté de la maladie et revendiquent pour les infirmières les actions qui concernent les besoins du malade en tant qu'individu. A la différence du modèle développé par Abbott, ce sont les cadres infirmières qui organisent le corpus de savoirs spécifiques au groupe infirmier. Les cadres infirmières sont issues du groupe infirmier, au sens où elles en ont été membres. Cela facilite la coopération entre ces deux groupes, face aux nombreux obstacles qui se dressent sur le chemin de la reconnaissance des infirmières en tant que professionnelles expertes de la prise en charge globale des patients.

Malgré la structuration d'un corpus de savoirs spécifiques, qui tend à devenir scientifique[42], et la mise en œuvre des procédures qui s'y rapportent, les infirmières peinent à rendre visible leur zone d'autonomie dans leur travail quotidien. Les infirmières travaillent très majoritairement au sein de structures hospitalières, publiques ou privées, dans lesquelles cette activité autonome est peu visible et peu reconnue. En pratique, les activités exercées sur prescriptions médicales restent prégnantes et leur réalisation est contrainte par l'organisation du travail hospitalier. Dans les années 1970, les activités hospitalières, organisées selon les principes de l'Organisation Scientifique du Travail (OST), tendaient à la standardisation des procédures et au regroupement des soins en fonction de leur nature et non du patient. Cela ne mettait pas en valeur le travail des infirmières auprès des patients. Les transformations de l'organisation hospitalière, dans les années 1980, ne vont pas améliorer la situation. La mise en place des politiques publiques visant à rationaliser les activités de soin, selon les principes du Nouveau Management Public, se traduisent concrètement par des objectifs de diminution des temps de séjour des patients, qui dégradent les conditions de travail des professionnelles (Belorgey 2010). L'intervention des infirmières reste fragmentée dans les faits. Elle est organisée dans ce que les soignantes nomment les « tours ». Ils s'apparentent de l'extérieur à des activités réalisées « à la chaîne », que ce soit pour la surveillance des constantes, la distribution des traitements ou la réalisation des pansements. Si les infirmières conçoivent effectivement leur travail à partir du patient et non plus à partir des actes, malgré les procédures destinées à le rendre visible, ce travail reste encore très souvent nié dans la pratique quotidienne. De plus, dans les faits, les infirmières, qui se sont vues reconnaître légalement de nouvelles compétences, n'ont costaté aucun changement ni dans leurs conditions de travail, ni dans leurs conditions

42. ↑Si les sciences infirmières font partie des disciplines reconnues outre Atlantique, ce n'est pas encore le cas en France aujourd'hui.

de rémunération.

Dans ce contexte, un élément va jouer le rôle de catalyseur d'un grand mouvement de lutte des infirmières pour une meilleure reconnaissance de leur statut. En 1987, la ministre de la Santé, Michèle Barzach, décrète l'ouverture des études d'infirmières aux non-bacheliers. Remettant en cause l'obligation, obtenue en 1984, de détenir le baccalauréat pour se présenter à l'entrée des écoles d'infirmières. Voyant là une nouvelle attaque de leur statut, qui les priverait d'une reconnaissance en tant que formation d'enseignement supérieur, les infirmières se réunissent en coordination, d'abord en Île-de-France, puis au niveau national. Ce mouvement est porté par les infirmières elles-mêmes, en dehors des syndicats historiques. Il est constitué à la manière des coordinations étudiantes de 1968 auxquelles de nombreuses infirmières avaient participé durant leurs études. Les cadres infirmières ont été de précieux soutiens durant ce mouvement. Dans les services, les surveillantes organisent les plannings en comptabilisant les jours de grève comme des jours de travail. Les monitrices et les directrices d'école sensibilisent leurs élèves et les encouragent à aller grossir les rangs des manifestantes (Kergoat *et al.* 1992). Ce mouvement, porté par la Coordination Nationale Infirmière (CNI), est centré sur les revendications du groupe professionnel infirmier. Les revendications portent principalement sur la valorisation du statut professionnel des infirmières et sur leurs conditions de travail et de rémunération. La profession veut être reconnue en elle-même, et non comme subalterne. C'est pourquoi la CNI refuse la proposition de Michel Rocard d'ouvrir des possibilités de passerelles entre les infirmières et les médecins. L'idée est d'en finir avec une vision simpliste de l'infirmière, perçue comme celle qui assiste le médecin dans la réalisation des soins. La CNI se donne pour objectif que soient reconnues la diversité des actes et les compétences professionnelles des infirmières, ainsi que leur utilité sociale par leur travail auprès des patients. La coordination insiste donc sur deux points : 1°) elle dénonce l'image des infirmières, à travers le célèbre slogan « ni bonnes, ni nonnes, ni connes ». Ce dernier qui signifie que le travail infirmier n'est pas un travail ménager, domestique ; que les infirmières ne sont pas des religieuses dévouées et donc qu'elles ne sont ni taillables ni corvéables à merci au nom de l'utilité sociale de leur travail ; enfin qu'elles ne sont pas des idiotes qui se laissent enfermer dans une position subalterne. 2°) la coordination met en avant des revendications telles que la reconnaissance du statut professionnel et la prise en compte de leurs conditions de travail extrêmement difficiles. Françoise Imbert explique que « se faire reconnaître comme professionnelle compétente, efficace et responsable, suppose

en effet la déconstruction préalable d'une image dépassée mais persistante de l'infirmière dévouée, toute entière consacrée au malade, désintéressée. » (IMBERT 1992, p. 76). L'idée est de faire reconnaître que le travail infirmier est un travail comme un autre, au sens où il demande des qualifications, valorisables au plan salarial. Il s'agit de faire reconnaître que l'activité infirmière, notamment dans le cadre du rôle propre, est bien une activité professionnelle. Le bilan de ces mobilisations est mitigé. Les infirmières obtiennent une petite revalorisation de leurs salaires et quelques campagnes de recrutement dans certains secteurs particulièrement sous tension. Ces avancées sont largement insuffisantes pour la très grande majorité des infirmières, mais le mouvement qui dure déjà depuis plusieurs mois a épuisé les professionnelles et des divisions apparaissent au sein de la CNI. L'une des grandes forces de ce mouvement est d'avoir rendu les infirmières, et leurs revendications, visibles aux yeux du grand public et d'avoir démontré qu'elles pouvaient constituer une véritable force de négociation. Il a permis d'affirmer que les infirmières sont essentielles au fonctionnement de l'hôpital et à la qualité de la prise en charge des patients.

Cette mobilisation massive et l'action continue des cadres infirmières pour faire reconnaître l'espace spécifique d'intervention des infirmières, se concrétisent par de nouvelles avancées législatives. En 1993, paraît un nouveau décret de compétence « relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier » [43]. Ce décret reconnaît aux infirmières une possibilité d'expertise, à travers la mise en place des diagnostics infirmiers et la généralisation de l'utilisation du dossier de soins infirmiers. Il ouvre également la possibilité de consultations infirmières. « Il s'agit de traduire et de resituer des explications déjà données par le médecin ou par le chirurgien, mais souvent mal intégrées en raison de la façon dont celui-ci a présenté les choses ou de l'émotion du malade lors de la consultation médicale »(ACKER 1997, p. 81). De plus en plus formées à l'éducation thérapeutique, les infirmières mènent également des consultations dans ce domaine. Ainsi, cette reconnaissance légale, issue du travail des cadres infirmières et de la mobilisation des infirmières, permet de construire un mandat professionnel au sens de Hughes (HUGHES 1996, p. 99 et suivantes). Les infirmières se voient reconnaître de nouvelles missions. C'est le travail des cadres infirmières qui permet de déterminer les critères du bon travail infirmier. Pour autant, cette définition du rôle infirmier qui met l'accent sur le « rôle propre » ne fait pas nécessairement consensus au sein du groupe professionnel. Françoise Acker fait remarquer

43. ↑On notera la masculinisation de la profession, alors même qu'elle compte toujours parmi ses rangs plus de 80% de femmes. Décret n °93-345 du 15 mars 1993, paru au Journal Officiel du 15 mars 1993 p. 4098.

à la fin de son article que « certaines infirmières en viennent à se demander si l'accent mis sur le rôle propre est vraiment pertinent pour rendre compte de la fonction, de la professionnalité de l'infirmière » (Acker 1991, p. 136). C'est la place dominante au sein du groupe professionnel et le contrôle de la production des savoirs qui va permettre aux cadres infirmières de l'imposer. Le rôle infirmier doit être compris comme un rôle auprès du patient quelle que soit la situation de soin concrète. Les définitions qui sont données conservent une certaine dose d'indétermination, un « flou », qui va permettre de les appliquer quelle que soit la situation particulière d'exercice de l'infirmière. Les cadres infirmières préservent ainsi le groupe professionnel des risques d'éclatement qu'une conception plus précise du rôle infirmier faisait peser sur lui. Cette définition permet de gérer des intérêts différents au sein du groupe professionnel (Lascoumes 1995). En cela, la formalisation des savoirs infirmiers constitue un puissant vecteur de cohésion du groupe professionnel. Cette conception d'un rôle infirmier adaptable quelle que soit la situation concrète de soin va avoir des conséquences sur la formation des futures étudiantes. Nous y reviendrons dans la deuxième partie de ce travail. Notons simplement pour l'instant que l'accent mis sur le rôle propre a entraîné une accélération du processus de rapprochement des filières de formation d'infirmière de soins généraux et d'infirmière de soins psychiatriques, engagé depuis au moins une vingtaine d'années [44]. L'année 1992 voit ainsi la promulgation d'un nouveau programme d'étude pour les infirmières. Ce dernier acte la fusion des deux formations en une seule, qui mène à un Diplôme d'État d'infirmier « polyvalent ». Cette réunification vient appuyer une conception unifiée de la profession où la relation avec le patient est au cœur du soin. C'est cette même année que deux décrets transforment les élèves infirmières en étudiantes en soins infirmiers et que les écoles deviennent des Instituts de Formation en Soins Infirmiers [45].

44. ↑Respectivement en 1972 et 1973, les stages dans des services de psychiatrie deviennent obligatoires pour les élèves en formation générale et les stages en soins généraux deviennent obligatoires pour les élèves en formation psychiatrique. En 1975, l'ANFIIDE ouvre ses porte aux infirmières diplômées en psychiatrie. Enfin, en 1979, la première année d'étude devient commune aux deux formations. Cependant, cette première année commune ne donne pas accès aux mêmes droits en fonction de la filière. Les élèves en soins généraux auront la possibilité d'exercer dans tous les secteurs, sans complément de formation. Tandis que les élèves de soins psychiatriques devront suivre un complément de formation pour avoir ce droit. La socio-histoire des infirmières psychiatriques reste encore largement à faire. Elle est liée à l'histoire des institutions psychiatriques. Ce groupe est issu d'une transformation des « gardiens d'asiles » en infirmier en 1907 (Circulaire du 4 avril 1907).

45. ↑Respectivement le décret n °92-264 du 23 mars 1992 et le décret n °92-510 du 5 juin 1992.

Conclusion du Chapitre

Durant le demi-siècle qui a suivi la fin de la Seconde Guerre mondiale, le monde du soin s'est reconfiguré. De nouveaux groupes professionnels se voient reconnaître une existence officielle : les aides-soignantes et les cadres infirmières. Les infirmières ne sont plus les seules professionnelles à réaliser les soins auprès des malades, elles partagent ces tâches avec les aides-soignantes, placées sous leur responsabilité. Le marché du travail infirmier se ferme ainsi progressivement. Les soignantes qui ne détiennent pas le diplôme d'État d'infirmière deviennent aides-soignantes. Une hiérarchisation significative des catégories de soignants non médicaux se met en place. Dans le même temps, au vu des progrès des savoirs médicaux, les médecins centrent leur activité sur l'établissement du diagnostic et la recherche de traitements appropriés et délèguent de plus en plus de tâches aux infirmières. Assurés de leur pouvoir sur ce groupe professionnel récemment constitué, les médecins leur ouvrent également l'accès à une partie des savoirs médicaux. Les infirmières deviennent alors, dans les années 1950, des techniciennes spécialisées dans la réalisation des soins, indispensables dans les hôpitaux modernes. Ces derniers sont des lieux de développement de la recherche médicale et les services hospitaliers se spécialisent dans le traitement de certaines pathologies ou de certains organes. Le groupe professionnel infirmier connaît alors un mouvement de segmentation qui se réalise à partir des spécificités de chaque service et des tâches qui incombent aux infirmières. Ces segmentations techniques des années 1950 viennent s'ajouter à un autre type de segmentation, plus ancienne, qui concerne les fonctions d'encadrement des personnels soignants, aussi bien dans les services de soins que dans les écoles de formation. Ces segments, plus anciens, vont se structurer et former un nouveau groupe professionnel : les cadres infirmières. Ce groupe, et tout particulièrement le segment chargé de la formation des infirmières, va prendre en charge la construction d'un domaine d'expertise spécifique aux infirmières. Le passage d'une organisation taylorienne du travail, où les infirmières travaillent « à la tâche », à une organisation en secteur, où l'infirmière est responsable d'un certain nombre de patients, a nécessité un considérable travail de redéfinition des normes de l'activité. Cette entreprise de morale est prise en charge par les cadres infirmières qui utilisent les revues professionnelles pour diffuser les nouvelles normes du travail infirmier. À travers les associations catégorielles et les diverses commissions et groupes d'études dont elles font partie, elles font également pression auprès des pouvoirs publics. Cette entreprise de morale a nécessité la coopération des infirmières

en exercice, mobilisées lors de mouvements sociaux. Ce soutien des infirmières en exercice a pu être facilement obtenu en raison de la proximité entre les deux groupes professionnels. Les cadres infirmières sont directement issues du groupe professionnel infirmier, puisqu'elles ont nécessairement été formées et ont exercé en tant qu'infirmières et revendiquent cette appartenance. La reconnaissance légale d'un domaine d'expertise infirmier est le résultat de cette entreprise de morale. Les pouvoirs publics reconnaissent, par l'intermédiaire de décrets, que les infirmières sont les professionnelles les plus à même de répondre au besoin d'une prise en charge globale et individualisée des patients, besoin qu'elles ont elles-mêmes contribué à formuler.

Toutefois, si des avancées ont été obtenues, les changements qui vont avoir lieu au début du XXIe siècle vont, de nouveau, remettre en cause les équilibres entre les groupes professionnels du monde du soin.

Chapitre 3

La formation des infirmières au XXe siècle, une formation universitaire

Introduction

A la fin du XXe siècle, le monde du soin est principalement organisé à partir de l'exercice hospitalier. La médecine hospitalière est l'institution dans laquelle se côtoient les différentes catégories de professionnels qui contribuent à prendre en charge les patients. Après la Seconde Guerre mondiale, de nouveaux groupes professionnels soignants ont émergé pour prendre en charge des tâches déléguées par d'autres. Cette délégation s'accompagne d'un contrôle de la part du groupe professionnel qui délègue l'activité. Ainsi, les tâches relatives au soin des malades les moins valorisantes, mais les plus anciennes de l'institution, sont dorénavant réalisées par les aides-soignantes. L'organisation hospitalière est partagée entre deux lignes d'autorité : l'une médicale, l'autre administrative. Au sein de cette deuxième ligne d'autorité, un segment du groupe professionnel infirmier s'est construit une place : les cadres infirmières. Chargée de la formation et de l'encadrement de l'ensemble des personnels soignants, quelle que soit leur catégorie. Au nom de leur expérience professionnelle, elles revendiquent d'être les mieux placées pour réaliser ce travail. Elles se donnent pour mission de préserver le groupe professionnel infirmier de la soumission au groupe médical. Ce nouveau groupe professionnel, créé en 1975, est lui-même composé d'au moins deux segments. L'un se spécialise dans l'encadrement des professionnelles dans les services de soin, l'autre dans l'enseignement au sein des écoles. C'est ce dernier qui va être particulièrement actif dans l'élaboration et la diffusion de nouvelles normes du travail infirmier à partir des années 1970. La coopération entre le segment des cadres infirmières spécialisées dans

l'enseignement et le groupe professionnel infirmier aboutira à la reconnaissance, puis à la sécurisation, d'une zone d'autonomie professionnelle. Cette dernière ouvre la voie d'une meilleure reconnaissance du travail infirmier et à la revendication de meilleures conditions statutaires et salariales. Toutefois, cette stabilisation est fragile. Dans ce chapitre, nous verrons que les transformations liées à l'organisation hospitalière, au milieu des années 1990, vont venir menacer les liens existants entre les infirmières et « leurs » cadres. Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une réforme de la formation des professionnels de soin dans le début des années 2000, va perturber les équilibres entre les groupes professionnels du monde du soin.

3.1 Transformations récentes

3.1.1 Les cadres de santé : modification du lien entre les infirmières et « leurs » cadres

La logique gestionnaire s'intensifie dans les hôpitaux à partir des années 1990. Dès 1991, la mise en place d'un financement global – qui postule *a priori* l'activité de l'hôpital et en déduit un budget annuel – nécessite la maîtrise croissante des activités de gestion. Cela influe fortement sur le groupe professionnel des cadres infirmières. Les pouvoirs publics et les directions des hôpitaux voient, dans ces professionnelles spécialisées dans l'encadrement des soignantes, des relais efficaces pour la mise en œuvre des principes gestionnaires de rationalisation au sein des hôpitaux. Les hôpitaux calquent progressivement leur organisation sur le modèle des entreprises, en plaçant des principes de rentabilité au cœur de leur fonctionnement. Ils ont alors besoin de managers capables de mettre en place les nouveaux principes d'organisation et les nouveaux outils de mesure de l'efficacité des pratiques de soin. Les cadres infirmières vont être associées à la démarche, qui leur ouvre la voie d'une meilleure reconnaissance statutaire (Gadéa 2011). Pour autant, cette identité managériale n'est pas revendiquée par les cadres infirmières qui continent à proclamer leur appartenance au groupe des soignants. Cette identification à la figure du manager leur est imposée de l'extérieur, par les directions des hôpitaux et les pouvoirs publics (Avanza, Laferté 2005). Ces professionnelles affrontent de nombreuses tensions identitaires et des reproches de la part des autres groupes soignants, au premier rang desquelles les infirmières (Vega 2008). Il devient clair qu'elles sont chargées, dans les services, d'agir en tant que membres de l'administration et non plus en tant que membres

d'un groupe professionnel soignant. La volonté des pouvoirs publics de créer des cadres-managers, s'accompagne d'une rupture des liens que les cadres infirmières conservaient avec le groupe dont elles étaient issues (Divay, Gadéa 2015). Ainsi, à partir de 1995, les cadres infirmières deviennent des cadres de santé [1]. Cette nouvelle dénomination traduit un changement profond : l'accès à la formation et aux fonctions de cadres sont ouvertes à l'ensemble des professionnels détenteurs de diplômes relatifs à l'exercice paramédical réglementé. Il s'agit non seulement des infirmières de soins généraux et psychiatriques, mais également des audioprothésistes, des diététiciens, des ergothérapeutes, des manipulateurs d'électroradiologie médicale, des masseurs-kinésithérapeutes, des opticiens-lunetiers, des orthophonistes, des orthoptistes, des pédicures-podologues, des préparateurs en pharmacie, des psychomotriciens et des techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale [2]. Cette ouverture s'accompagne de transformations dans les programmes de formation [3]. Les contenus cliniques liés aux savoirs médicaux diminuent au profit de savoirs liés à la gestion, au droit ou à l'économie de la santé (Bourret 2006). Cette nouvelle formation acte la transformation des missions des cadres de santé. Elles [4] sont dorénavant officiellement exclues des activités de soins directement auprès des patients (Divay 2018). Toutefois, la mise en œuvre de cette logique d'affirmation de la séparation des infirmières et de « leurs » cadres rencontre des résistances.

L'une d'entre elles est liée au fait que le nouveau programme de formation réaffirme la non-spécialisation officielle des cadres de santé : elles sont formées à la fois à l'enseignement et à l'encadrement [5]. Ainsi, il est possible pour une même cadre de santé de passer d'un exercice en service de soin à un exercice en institut de formation. Cela représente une menace pour les anciennes cadres infirmières, qui pourraient alors perdre le contrôle de la formation des infirmières. Les cadres infirmières qui exercent dans les IFSI ont pour mission de socialiser les étudiantes – à travers la transmission de savoirs spécifiques – à une vision particulière de la place et du rôle des infirmières (cf. infra. 5.1, p. 162). Le regroupement de l'encadrement des différentes professions paramédicales en un seul corps aurait pu induire la possibilité pour des professionnels non-infirmiers à l'origine d'exercer dans des

1. ↑Décret n°95-926 du 18 août 1995, paru au Journal Officiel du 20 août 1995, p. 12468.
2. ↑Article 1, du Décret n°95-926 *ibid.*
3. ↑Arrêté du 18 août 1995, paru au Journal Officiel du 20 août 1995, p. 12469.
4. ↑L'ouverture aux autres groupes professionnels paramédicaux entraîne une masculinisation du groupe. Toutefois, le *sex ratio* reste d'un homme pour quatre femmes parmi les diplômées des instituts de formation des cadres (source DREES, *in* (Gadéa 2011 , p. 59)). C'est pourquoi nous continuons de féminiser ce groupe professionnel.
5. ↑Comme c'était déjà le cas pour les cadres infirmières, depuis 1975.

IFSI. Cela se serait nécessairement répercuté sur la culture professionnelle transmise aux étudiantes infirmières. La mobilisation des associations catégorielles infirmières, et plus particulièrement du CEFIEC [6], dès avant la mise en place du décret en 1995, a permis d'éviter un tel scénario [7]. Elles ont obtenu que soit maintenue, *a minima*, une distinction entre l'origine des différents professionnels. Ainsi, après avoir réaffirmé l'importance d'un programme commun à l'ensemble des cadres de santé, le programme de formation précise que « l'objectif de décloisonnement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions, ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle » [8]. Ainsi, seules les cadres de santé qui sont elles-mêmes issues du groupe professionnel infirmier peuvent enseigner dans les IFSI. La préservation du lien entre les cadres de santé chargées des enseignements dans les IFSI – que nous nommerons désormais « cadres formatrices » [9] – et les infirmières est un enjeu important pour le groupe professionnel infirmier.

La distinction entre les filières professionnelles est réaffirmée dans le décret de 2001. Sauf que cette fois, il s'agit de filières renvoyant non plus directement aux formations initiales mais à un positionnement particulier dans la prise en soin des patients. Il existe alors trois filières : la filière infirmière comprenant les Infirmières Diplômées d'État (IDE), les Infirmières Puéricultrices Diplômées d'État (IPDE), les Infirmières Anesthésistes Diplômées d'État (IADE) et les Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'État (IBODE) ; la filière rééducation comprenant les pédicures-podologues, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes et les diététiciens ; enfin la filière médico-technique comprenant les préparateurs en pharmacie hospitalière, les techniciens de laboratoire et les manipulateurs d'électroradiologie médicale [10]. Le CEFIEC joue un rôle important dans le maintien des liens entre les cadres de santé et les infirmières. C'est notamment grâce à ces actions que les IFCS résistent encore à leur remplacement

6. ↑Le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Écoles de Cadres, est le nom pris par le CEEIEC, suite à la modification terminologique de 1992 (cf. supra. 2.2.2, p. 83). Il regroupe en plus des formations de cadre et d'infirmière, celle d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture. Il est toujours dirigé par l'élite des cadres infirmières, directrices d'IFSI ou directrices de soin chargées de la coordination des IFSI au niveau national, et par des cadres infirmières chargées de la formation au niveau régional.

7. ↑Nous n'avons pas d'information relatives aux mobilisations des associations catégorielles des autres professions paramédicales, on peut supposer, *a minima*, qu'elles ne se sont pas opposées à la préservation de leur spécificité.

8. ↑Annexe I « Programme » de l'Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

9. ↑C'est ainsi qu'elles se nomment elle-mêmes.

10. ↑Article 1 du décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, paru au journal Officiel du 1 janvier 2002, p. 38.

par des « hautes écoles » ou par des « instituts de management ». Ainsi, malgré la volonté affichée d'élargir le recrutement des cadres de santé à d'autres professions paramédicales, les infirmières en constituent toujours le principal vivier de recrutement. D'après le rapport réalisé par Chantal de Singly en 2009, les cadres de santé sont issues des rangs des infirmières à plus de 85% (Singly 2009, p. 26). Cette très forte représentation des infirmières parmi les cadres de santé est le résultat de politiques de régulation des places en IFCS, qui favorisent la reproduction des équilibres existants entre les filières (Divay, Gadéa 2015, p. 89).

L'inclusion d'autres professionnels paramédicaux dans le groupe des cadres de santé entraîne la disparition des cadres infirmières. Or ces dernières, par leur implication dans le développement et la diffusion des savoirs infirmiers, constituaient, jusque-là, de précieuses alliées dans la représentation de la profession infirmière auprès des pouvoirs publics. Cette ouverture de la formation des cadres de santé aux différentes professions paramédicales ne remet pas directement en cause l'alliance entre les infirmières et « leurs » cadres. Elle existe toujours à travers les associations catégorielles dont les membres appartiennent aux deux groupes. Toutefois, elle fait planer une menace sur cette alliance, en distendant les liens existants entre les deux groupes. Une partie des infirmières et des cadres issues de la profession prennent conscience que si le CEFIEC joue encore un rôle important au niveau de la formation des infirmières et des cadres, il ne peut représenter l'ensemble de la profession infirmière. « L'émiettement » des associations représentatives de la profession infirmière en France empêche ces dernières de peser véritablement dans les décisions qui concernent le groupe professionnel au niveau national (Féroni, Kober 1995, p. 56). Certes, les cadres issues du groupe professionnel infirmier ont développé des pratiques semi-institutionnalisées efficaces – en se dotant de représentantes dans les diverses commissions et groupes de travail du ministère de la santé – pour influer sur les réglementations relatives à la profession d'infirmière. Toutefois, la restructuration des institutions relatives aux professions paramédicales, qui tend à fusionner les organismes consultatifs de l'ensemble des professions paramédicales [11], ne leur assure plus d'avoir l'influence nécessaire à la préservation et à la valorisation de la profession infirmière.

Pour poursuivre l'entreprise de morale débutée dans les années 1970 et réaffirmer la spécificité de la profession infirmière vis-à-vis des autres professions paramédicales, des

11. ↑Ainsi, le CPEI et le Conseil Supérieur des Infirmières, sont intégrés au Conseil Supérieur des Professions Paramédicales en 1973. Ce dernier sera remplacé par le Haut Conseil des Professions Paramédicales en 2007. Dans ces instances, les cadres infirmières ne disposent plus que d'une commission spécifique.

infirmières et d'anciennes cadres infirmières vont fonder l'Association Pour un Ordre des Infirmières et des Infirmiers de France (APOIIF) en septembre 2004. Ces infirmières et ces anciennes cadres infirmières sont souvent membres de la CNI, ou en ont été membres lors du mouvement de 1988. Elles vont éditer de nombreux documents et organiser de nombreuses réunions pour convaincre les différentes associations professionnelles infirmières et les syndicats de la nécessité de la création d'un organisme – sous la forme d'un ordre professionnel – suffisamment structuré et représentatif de l'ensemble de la profession infirmière pour pouvoir peser dans les décisions relatives aux politiques publiques de la santé en général et à la profession infirmière en particulier. Leurs arguments sont rassemblés dans le *Livre Blanc de la Profession Infirmière* [12]. L'objectif est clairement annoncé, dès l'avant-propos :

> *[Les infirmières] veulent pouvoir peser sur les politiques de santé, gérer la démographie de leur profession en fonction des besoins de santé et élaborer un code de déontologie et d'éthique professionnelle, gérer la formation et évaluer les pratiques professionnelles.*
>
> *(Livre Blanc de la Profession Infirmière p. 3)*

Ce livre blanc reprend et réaffirme la rhétorique, développée par les cadres infirmières durant la période précédente, qui vise à faire des infirmières des professionnelles expertes de la prise en charge globale des patients. Il développe plusieurs arguments qu'il postule comme vérités : le besoin d'une prise en charge personnalisée des patients ; les savoirs infirmiers spécifiques, qui même s'ils n'ont pas encore acquis leur caractère scientifique en France, sont structurés, légitimes et spécifiques aux infirmières ; la relation besoin/science, en rappelant que les infirmières sont des professionnelles autonomes et responsables des décisions qu'elles prennent en ce qui concerne les soins infirmiers (Paradeise 1985). C'est au nom de cette expertise et de la mission de service public accomplie par des infirmières, que les infirmières et les cadres de l'APOIIF réclament la constitution d'un ordre. La particularité de ce livre est qu'il rend visible une dimension jusque-là peu développée. Il met l'accent sur la diversité des pratiques, liées à la multitude de conditions d'exercice différentes :

> *Les activités infirmières sont tributaires des modes d'organisation, de fonctionnement, des pathologies prises en charge (spécialisations), de l'âge des personnes soignées, des modes d'exercice et des lieux où s'exercent leur activité. Les différences de pratiques infirmières étant une conséquence des méthodes d'organisation mises en œuvre : bureaucratique, tayloriste, spécialisée, d'intégration*

12. ↑[En ligne] https ://www.infirmiers.com/pdf/livre%20blanc.pdf

> *et de globalisation, de manière spécifique ou pluraliste. Les conditions d'exercice sont donc diversifiées et les pratiques professionnelles variées, bien que l'on retrouve les mêmes grandes fonctions : soin, relation, technicité, éducation, formation, encadrement, encadrement et coordination, recherche.*
>
> *(Livre Blanc de la Profession Infirmière p. 6)*

Ainsi, tout en reconnaissant la diversité des modes d'exercice, l'Ordre se donne pour mission d'unifier la profession infirmière sous la bannière précédemment construite par les cadres infirmières. Pour autant, les discussions et les débats concernant sa création furent rudes. Le principe d'un Ordre infirmier divise au sein même de la profession. Les syndicats – mis à part la CFE-CGC-SNPI – sont globalement opposés au projet. Certains représentants de l'État sont dubitatifs quant à la possibilité pour l'Ordre de parvenir à unifier la profession. La création de l'Ordre National des Infirmiers (ONI) est finalement actée par la loi du 21 décembre 2006 [13]. On remarquera au passage, l'utilisation du seul masculin dans cette désignation officielle. L'ONI regroupe l'ensemble des infirmières à l'exception de celles qui sont régies par le statut des militaires. L'adhésion de toute infirmière à l'Ordre est obligatoire pour avoir le droit d'exercer. Cependant, l'ONI est loin de faire l'unanimité au sein de la profession infirmière. D'après les entretiens effectués avec des infirmières et des étudiantes, mais aussi au vu des discussions animées dans les forums professionnels, il semble que l'ONI ne soit véritablement utile qu'aux infirmières libérales, qui y adhèrent plus souvent. Tandis que parmi les salariées, le versement de la cotisation, pourtant obligatoire, reste marginal. Malgré les difficultés rencontrées par l'ONI pour asseoir sa légitimité en interne, et la remise en cause de son existence à plusieurs reprises par les pouvoirs publics [14], il parvient tout de même à faire adopter le Code de Déontologie des Infirmiers en 2016 [15]. La création d'un ordre puis d'un code de déontologie, fait partie d'une stratégie de « professionnalisation » mise en œuvre par une partie des infirmières et de certaines cadres issues de la profession. En se dotant des mêmes caractéristiques que les professions établies, ces infirmières et ces cadres défendent la spécificité des infirmières et de leurs compétences. Toutefois, ces conquêtes tardent à produire des changements significatifs dans la réalité du travail quotidien et des conditions statutaires et salariales des infirmières. Il manque encore aux infirmières une véritable « science », institutionnellement reconnue,

13. ↑Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 parue au Journal Officiel du 27 décembre 2006 p. 19689.

14. ↑La dernière et la plus virulente de ces remises en cause est le vote à l'Assemblée Nationale, le vendredi 10 avril 2015, de la suppression de l'ONI dans le cadre du projet de loi sur la santé (« Les députés suppriment l'ordre des infirmiers », *Le Monde*, 10 avril 2015). Suite à la mobilisation des associations catégorielles (« Suppression de l'Ordre des infirmiers : la « sécurité des patients » menacée ? », *Le Point*, 16 avril 2015), ce vote ne sera finalement pas suivi par le Sénat.

15. ↑Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016, paru au Journal Officiel du 27 novembre 2016.

qui leur permette de légitimer leur expertise. En la matière, c'est du côté de la formation que vont venir les transformations.

3.1.2 Vers une formation universitaire

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte pour comprendre ce qui déclenche le processus qui conduira au rapprochement entre la formation infirmière et l'Université au début des années 2000. Le premier facteur est lié au contexte plus global de l'enseignement supérieur européen. Dans le cadre du processus dit « de Bologne », les ministres de l'Enseignement supérieur de la France, de l'Allemagne, de l'Italie et du Royaume-Uni se sont réunis en 1998 à la Sorbonne et ont lancé un processus d'harmonisation du système européen d'enseignement supérieur. Cette première déclaration s'est ensuite concrétisée en 1999 par la signature d'un accord entre vingt-neuf pays européens. Sans rentrer ici dans le détail de ces accords et de leurs conséquences, nous nous contenterons de préciser qu'ils sont à l'origine de l'instauration du système Licence-Master-Doctorat (LMD), qui partitionne les cursus universitaires en un premier cycle de trois ans, un deuxième cycle de deux ans et un troisième cycle exclusivement consacré à la recherche. Le second facteur est lié au contexte national de l'offre de soins. Au début des années 2000, l'application des principes du nouveau management public dans les hôpitaux a produit ses effets. La réduction des temps de séjour des malades conduit les hôpitaux à prendre en charge les patients essentiellement durant les phases aiguës de leur pathologie. Les phases antérieures et surtout postérieures à ces phases aiguës, ainsi que les pathologies chroniques, tendent à être prises en charge à l'extérieur des structures hospitalières. Les pouvoirs publics font alors le constat d'un décalage entre l'offre de soin et les besoins de la population. Les professionnels, notamment les médecins, qui prennent en charge les patients à l'extérieur des structures hospitalières ne sont pas assez nombreux. En outre, le développement de plus de coordination entre le traitement des phases aiguës et des phases chroniques des maladies apparaît nécessaire. Les analyses des différentes commissions qui ont travaillé sur le sujet (Debouzie 2003; Berland 2003; Matillon 2003) montrent que la régulation quantitative de la démographie professionnelle ne suffit pas pour résoudre le problème. Concrètement ce n'est pas parce que plus de médecins et de soignants sont formés que, mécaniquement, la pénurie de professionnels dans certaines zones est résolue. La plus grande valorisation du traitement des phases aiguës dans le modèle médical dominant et les formations, médicales et paramédicales, hospitalo-centrées jouent certainement dans

cette équation. Les préconisations formulées dans les rapports successifs font une place importante aux infirmières. Elles sont tantôt vues comme les coordinatrices de la prise en charge des patients, entre l'hôpital et les soins de suite, mais également entre les différents intervenants à domicile. Le rapport Berland propose également d'opérer un « transfert de compétence » – une délégation de tâches pour utiliser un vocabulaire plus sociologique – des médecins vers les infirmières. Ce serait un moyen de faire face, en partie, à la chute annoncée de la démographie médicale. Dès 2004, une expérimentation – menée localement, dans la Région Poitou-Charente, puis étendue à d'autres territoires et au niveau national – va dans ce sens : le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe). Mis en place à l'initiative d'un médecin, piloté par six médecins et un ingénieur, ce dispositif concerne la prise en charge, par la médecine non hospitalière, des patients atteints de pathologies chroniques. L'idée des médecins consiste à diminuer leur charge de travail en s'appuyant sur la collaboration avec des infirmières. Cela suppose de créer des binômes médecin/infirmière fonctionnant de manière « horizontale » (Fournier *et al.* 2018). Les auteurs notent toutefois les difficultés d'adaptation des différents professionnels, médecins et infirmières, ainsi que les disparités dans les modes de fonctionnement d'un binôme à l'autre. Le fonctionnement d'un binôme dépend fortement d'une part, de l'attitude du médecin et d'autre part, de la possibilité pour l'infirmière de convaincre le médecin de l'apport de cette collaboration dans la prise en charge du patient.

Les rapports Debouzie et Berland, argumentent de la nécessité d'une transformation de la formation des professionnels de santé. Pour les auteurs de ces rapports, cette délégation d'actes nécessite un rapprochement entre les formations des différents groupes professionnels et la création de passerelles entre les différents cursus. Le rapport Debouzie insiste à ce propos sur la « culture commune » aux différentes professions de santé. Ce rapprochement des formations pourrait avoir lieu, selon leurs préconisations, lors d'une intégration des formations des professionnels du soin au système LMD. Un processus de concertation entre les différents acteurs a donc été lancé. Il a suscité de nombreuses résistances. Des négociations se sont instaurées entre des groupes aux intérêts divergents, à la fois au sein du ministère de la Santé, entre le ministère de la Santé et celui de l'Enseignement supérieur, mais aussi entre les représentants des différents groupes professionnels. Ce processus de négociation, qui a eu lieu entre 2003 et 2006, a fait l'objet des travaux d'Eliane Rothier Bautzer (Rothier Bautzer 2012). Pour les groupes professionnels le contrôle de l'accès à la formation ainsi que des contenus d'enseignement représente un enjeu considérable en

termes de pouvoir. Contrôler la formation, c'est en partie contrôler le processus de « fabrication » des professionnels (Hughes 1958). Dans une première phase de concertation, il a été question d'intégrer les études de médecine au système LMD, au même titre que les autres formations paramédicales. Cette proposition a fait l'objet de débats internes parmi les doyens des UFR [16] de médecine. Il faut dire que depuis 1984, les UFR de médecine ont un statut dérogatoire au sein de l'Université qui assure aux doyens des UFR (eux-mêmes médecins) d'organiser la formation – les temps de stage et les temps de cours – comme ils l'entendent. Ils maintiennent ainsi des rapports privilégiés entre l'université, l'hôpital auquel ils sont rattachés et la recherche. À l'époque, ils ne sont donc pas concernés par le processus de Bologne. Si certains doyens d'UFR de médecine voient dans le rapprochement avec le système LMD et la création de passerelle une opportunité pour les étudiants de médecine d'accéder à la recherche fondamentale, d'autres refusent catégoriquement ce système craignant d'y perdre leurs prérogatives dans l'organisation de la formation. Les doyens qui sont opposés à l'entrée dans le système LMD argumentent que le Numerus clausus qui suppose une sélection et le système universitaire ouvert ne sont pas compatibles. De manière générale, quelle que soit leur position vis-à-vis du rapprochement avec le système LMD, les doyens des UFR de médecine se disent favorables à la création de « pôle de santé », comprenant l'ensemble des formations des professionnels de la santé, au sein des universités, à condition que ces « pôles » ne se substituent pas aux UFR de médecine. S'ils ne s'opposent pas à « l'universitarisation » [17] des formations paramédicales, ils ne souhaitent pas que celle-ci se réalise directement au sein de leurs UFR. Au cours des négociations, ils acceptent en revanche de partager la première année de leur cursus avec les étudiants en pharmacie, en odontologie et avec les étudiantes sages-femmes. Ces catégories leur paraissent « plus proche d'eux » (Rothier Bautzer 2012, p. 224) [18]. Les médecins, par

16. ↑Unités de Formation et de Recherche.

17. ↑Les phénomènes d'universitarisation ont été définis, de manière minimaliste, par Raymond Bourdoncle comme « la transformation en formations universitaires de formations qui ne l'étaient pas » (Bourdoncle 2007 , p. 138). Les questionnements de l'auteur portent sur les processus de transformations et le degré d'intégration de ces formations au sein de l'Université. Ce n'est pas ce type de perspective que nous souhaitons développer ici, bien que nous soyons amenée à utiliser le terme « d'universitarisation ». Si nous nous intéressons au processus de transformation de la formation infirmière en formation universitaire, ce n'est pas pour lui-même, mais parce qu'il représente un enjeu dans les luttes de pouvoir entre les groupes professionnels du monde du soin.

18. ↑Cette vision des choses n'est pas partagée par les pharmaciens qui possèdent leur propre première année de formation. Les étudiants en pharmacie ne voient pas l'intérêt de suivre, lors de la première année, des cours qu'ils estiment être plutôt destinés à des médecins. Ces négociations aboutiront toutefois à la création, en 2010, de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES). Elle comprend les formations de médecins, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes, de kinésithérapeutes et de pharmaciens. Elle constitue une forme hybride entre le système LMD et le système du concours existant antérieurement. Les étudiants émettent, au cours de l'année, des vœux sur la filière qu'ils souhaitent suivre. Ils passent

l'intermédiaire des doyens d'UFR, maintiennent étanche la frontière entre les professions médicales et les professions paramédicales. Permettre des passerelles entre les différentes formations, en instaurant des systèmes d'équivalence, représente un danger du point de vue des médecins. S'ils ne peuvent plus faire reposer le monopole de leur juridiction sur une formation spécialisée et sélective, ils risquent de se voir contraints de partager cette juridiction avec d'autres professionnels. Si le monopole sur la formation est préservé, les séparations restent visibles et la délégation de tâches ne transforme pas leur rôle professionnel. Ainsi, les transformations qui affectent la formation peuvent entraîner des transformations dans les rapports de pouvoir au sein de l'écologie professionnelle du monde du soin en affaiblissant les frontières entre les groupes professionnels (Abbott 2003).

Du côté des formations paramédicales, notamment de la formation infirmière, le rapprochement avec l'Université est attendu et réclamé depuis plusieurs années par celles qui sont aujourd'hui les cadres formatrices, comme le notait déjà Isabelle Féroni (Féroni 1994). Si ce rapprochement représente un tel enjeu pour les cadres formatrices, c'est qu'il permettrait de développer une véritable science infirmière adossée à des recherches universitaires, comme elle existe Outre-Atlantique. Le groupe professionnel disposerait alors d'un savoir théorique et scientifique sur lequel il pourrait faire reposer ses pratiques. Ces savoirs existent déjà en partie, mais dans la mesure où ils relèvent seulement de revues professionnelles, ils ne bénéficient pas du même poids que les savoirs médicaux universitaires. Comme l'a montré Eliot Freidson, l'identité et la position professionnelles dans la division du travail sont liées aux savoirs formels (Freidson 1986). Ce qui est en jeu dans « l'universitarisation », c'est donc une transformation de l'équilibre des pouvoirs existant entre les groupes professionnels infirmiers et médicaux, à travers la valorisation des savoirs infirmiers. Pour autant, tel qu'il est proposé par les pouvoirs publics, ce rapprochement n'est pas sans danger pour la profession. Notons que sur ce point, les cadres formatrices rejoignent les médecins. Si elles souhaitent que la formation infirmière intégre l'Université, elles ne sont pas favorables à l'intégration de la formation infirmière dans la formation médicale. Elles craignent d'y perdre leur spécificité. Si les cadres formatrices voient dans l'universitarisation un levier dans la valorisation des savoirs et donc de la profession infirmière, elles ne veulent pas, elles non plus, perdre le contrôle de la formation. Les groupes de travail, constitués pour réfléchir aux modalités de la mise en place

ensuite des « partiels » en janvier et en mai, et seront classés en fonction de ces résultats. Les étudiants les mieux classés verront respectés leur vœu concernant leur future filière d'étude. Les autres seront, au mieux, autorisés à redoubler une fois.

de ce rapprochement entre les formations paramédicales et l'université, sont placés sous la houlette de deux conseillers techniques, l'un appartenant au ministère de la Santé, l'autre au ministère de l'Enseignement supérieur, tous les deux médecins de formation. Il leur paraît prioritaire de créer des formations professionnelles de niveau Master et non des parcours doctoraux spécialisés et accessibles aux professionnelles soignantes. Ils prônent alors un rapprochement des formations paramédicales entre elles, dans un objectif « pluridisciplinaire ». Concrètement, cela signifie qu'il s'agit de créer des modules communs aux différentes formations paramédicales qui seraient suivis par l'ensemble des étudiants des différentes professions. Ces propositions menacent directement la construction et la reconnaissance d'une spécificité infirmière. Les associations catégorielles, en particulier la Fédération Nationale des Étudiant.e.s en Soins Infirmiers (FNESI) et le CEFIEC, vont argumenter, au contraire, pour un nécessaire recentrage de la formation sur ce qui constitue le cœur du métier [19]. Les associations catégorielles insistent également sur la nécessité de respecter les bases légales de la définition du métier. Elles résistent ainsi à une potentielle augmentation des tâches déléguées des médecins vers les infirmières, sans compensation ni reconnaissance salariale et/ou statutaire supplémentaires (Féroni, Kober 1995). Dans cette entreprise, elles vont trouver un allié au sein du ministère de la Santé : la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soin (DHOS). Parallèlement aux négociations, cette dernière rédige en effet de nouveaux référentiels métiers sur lesquels elle entend baser les réformes de la formation (Rothier Bautzer 2012, p. 226). En dehors des réunions organisées par les ministères, plusieurs organisations professionnelles représentantes des différentes formations d'infirmières – diplômées d'État, anesthésistes, de bloc opératoire et puéricultrices [20] – se réunissent pour trouver une position commune. Elles se mettent d'accord sur l'idée de la création d'un domaine relatif aux « Sciences de la santé » mais surtout sur la nécessité de conserver un double diplôme, à la fois grade universitaire et diplôme professionnel. Il s'agit là d'une stratégie visant à rester maître de la délivrance des diplômes, et donc du contrôle de la formation. Si le ministère de l'Enseignement supérieur est souverain dans la délivrance des diplômes universitaires, les cadres formatrices veulent

19. ↑Cette volonté d'unification de l'ensemble des formations aux professions paramédicales revient depuis régulièrement sur le devant de la scène. Ainsi, la loi du 22 juillet 2013 propose l'expérimentation pour six ans d'une « L1 paramédicale » sur le modèle de la « L1 Santé ». Les organisations infirmières et notamment le Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI) vont intervenir auprès des sénateurs pour que les infirmières ne soient pas concernées par cette mesure. Ils obtiendront gain de cause (Article 40, Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche).

20. ↑Respectivement le CEFIEC, le CEEIADE (Comité d'Entente des Écoles d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État), l'AEEIBO (Association des Enseignants et des Écoles d'Infirmiers de Bloc Opératoire) et le CEEPAME (Comité d'Entente des Écoles Préparant aux Métiers de l'Enfance).

rester les garantes de celle des diplômes professionnels. Elles veulent conserver le droit de dire qui peut devenir infirmière et sur quels critères. La difficulté majeure, pour ces cadres, réside dans le fait que la formation infirmière universitaire est pensée d'abord au niveau Licence et Master, sans nécessairement être pensée et *a fortiori* mise en place au niveau doctoral (Acker 2008). Or, une formation au niveau d'une licence universitaire suppose que des enseignants-chercheurs assurent les cours. En 2009, les cadres de santé disposent au mieux d'un niveau Master 2, plus souvent d'une équivalence Master 1, en même temps que leur diplôme de cadre (Divay 2018). Ces Master 1 et 2 relèvent souvent des sciences de gestion et, plus rarement, de sciences humaines et sociales. Les cadres formatrices n'ont donc pas de diplôme en sciences infirmières, puisque cette discipline n'existe pas (encore) en France aujourd'hui. Le maintien d'un double diplôme est donc une mesure transitoire nécessaire, du point de vue des cadres formatrices, pour ne pas se trouver exclues de la formation des infirmières.

Les associations catégorielles seront, en partie, entendues. Certaines de leurs revendications seront prises en compte dans l'élaboration du programme de formation qui entrera en vigueur à la rentrée de septembre 2009 [21]. Ce nouveau référentiel de formation infirmière est basé sur un référentiel d'activités et un référentiel de compétences [22]. La formation se réalise en trois ans, toujours au sein des Instituts de Formations en Soins Infirmiers (IFSI). Conformément aux souhaits des associations catégorielles, la formation est toujours sanctionnée par la délivrance du Diplôme d'État d'infirmière, à laquelle vient s'ajouter un grade licence. Cette reconnaissance n'allait pas nécessairement de soi, puisque le diplôme d'infirmière était jusqu'alors considéré comme un diplôme de niveau bac+2, alors même que les études duraient trois ans et demi. Cette reconnaissance d'un grade licence permet une revalorisation statutaire et salariale des infirmières. Ce diplôme de niveau II permet aux infirmières d'accéder à la catégorie A de la fonction publique, avec l'augmentation de salaire afférente [23]. La réforme de 2009 a accéléré l'ouverture de Masters spécifiques en « sciences infirmières » comme c'est le cas à l'Université de Versailles-Saint-Quentin, voire de parcours en Sciences Infirmières comme à l'Université d'Aix-Marseille ou à l'Université

21. ↑Arrêté du 31 juillet 2009 paru au Journal Officiel du 7 août 2009 p. 13203.

22. ↑Il s'agit respectivement des annexes 1 et 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

23. ↑Pour les infirmières déjà en poste, le passage d'une catégorie à l'autre a pu faire l'objet d'une demande individuelle. L'avantage d'une revalorisation salariale étant compensé par un allongement de la durée de cotisation, de nombreuses infirmières en fin de carrière ont préféré renoncer au changement de statut pour conserver un droit de partir à la retraite à un âge moins élevé.

Paris-Descartes [24]. Du côté de la recherche en soins infirmiers, le ministère de la Santé crée en 2010 le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière (PHRI) qui sera étendu à l'ensemble des professions paramédicales dès 2011 [25]. Il s'agit du premier programme de financement public de la recherche infirmière. Ces champs de recherche portent sur les besoins en santé, l'organisation et le management des services de soins, quelle qu'en soit la structure, et l'évaluation des politiques de santé dans le domaine des soins infirmiers [26]. Néanmoins, si le financement de la recherche et les diplômes de Master existent, la formation doctorale en soin infirmier se fait encore attendre [27], comme le montre les propositions formulées par le CEFIEC à l'attention des candidats aux élections présidentielles de 2017 [28]. Parmi ces propositions, on trouve ainsi la création d'écoles doctorales et de laboratoires en « Sciences de la santé » avec une Mention Sciences Infirmières. Cette dernière se déclinerait en Sciences cliniques, en Management de la santé et en Sciences de l'éducation [29]. Ainsi, si la principale revendication des cadres formatrices – la création d'une discipline de science infirmière – n'est pas encore totalement satisfaite, elle prend forme autour de programmes de recherche. Les cadres formatrices sont, par ailleurs, parvenues à faire entendre la nécessité de maintenir un diplôme infirmier professionnel et ont obtenu une revalorisation statutaire et salariale pour les infirmières. Pour autant, toutes ces transformations vont avoir des répercussions sur la formation proprement dite. Ce travail de thèse ayant débuté en 2012, soit trois ans après la mise en œuvre de ce nouveau programme de formation, cela nous permet d'analyser, dans cette dernière partie, l'organisation actuelle des savoirs infirmiers et la rhétorique professionnelle des cadres formatrices à ce sujet. L'organisation de ces savoirs constitue en effet des indices de la construction actuelle du groupe professionnel.

24. ↑Avant la mise en œuvre de la réforme de 2009, certaines formations de Master étaient ouvertes aux cadres infirmières. Aujourd'hui, elles sont en théorie ouvertes aux étudiantes dès l'obtention de leur Diplôme d'État. Toutefois, il semble que la plupart des étudiantes diplômées entrent d'abord dans la vie active en tant qu'infirmière. Pour celles qui le feront, elles ne reprendront une formation de master que plus tard, après plusieurs années d'exercice.

25. ↑Il se nommera dès lors Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP).

26. ↑Circulaire n°DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010, ministère de la Santé et des Sports.

27. ↑En France, à l'heure actuelle, les « Sciences infirmières » pas plus que les « Sciences de la santé », ne font partie des sections reconnues par le Conseil National des Université (CNU) .

28. ↑Communiqué de presse du 28 mars 2017, « L'intégration des formations en Santé à l'université ».

29. ↑Proposition 3 « Développer la recherche en sciences infirmières par la création d'une discipline de recherche ».

3.2 Les savoirs en formation infirmière aujourd'hui

La formation à une activité professionnelle n'est jamais seulement une transmission de connaissances, c'est aussi et surtout l'occasion de transmettre un rôle professionnel, c'est-à-dire une certaine façon d'occuper la scène spécifique que constitue le lieu de travail (Hughes 1961, p. 341). A cet égard, la délégation de tâches qui existe dans le monde du soin, entre les professionnels rend particulièrement prégnante cette question de la définition du rôle de chaque catégorie de professionnels. En la matière, les cadres formatrices ont à défendre les conquêtes passées auprès des étudiantes infirmières. La place du groupe professionnel infirmier dans la division du travail de soin reste fragile. Nous l'avons vu, elle est liée aux rapports de concurrences et de coopérations entre les groupes professionnels du monde du soin, qui luttent pour obtenir la reconnaissance de leur juridiction (Abbott 2003). Pour préserver la juridiction des infirmières, les cadres formatrices contribuent à façonner les frontières entre le groupe infirmier et deux groupes avec lesquels les infirmières sont en étroite collaboration : les médecins et les aides-soignantes. En analysant à la fois le programme de formation et sa mise en œuvre par les cadres formatrices, nous tenterons de montrer comment le rôle des infirmières est construit et revendiqué aujourd'hui. La « fabrication » des futures professionnelles, c'est-à-dire la façon dont ces savoirs sont reçus par les étudiantes en soins infirmiers fera l'objet du chapitre 5 (p. 161).

3.2.1 Le rôle prescrit, un rôle dominé ?

Bien que les infirmières se soient vues reconnaître une zone d'autonomie dans l'exercice de leur profession, une partie de leur activité est toujours prescrite par les médecins. Ce n'est que sur leurs consignes, voire en leur présence, qu'elles peuvent réaliser certaines activités. Les savoirs médicaux font, à ce titre, partie de la formation des étudiantes infirmières et cela depuis les années 1950 (*cf. supra* 2.2.1, p. 75). Toutefois, depuis cette période de l'histoire, dans laquelle les infirmières étaient entièrement au service des médecins, leur rôle s'est transformé. Avec lui, c'est aussi la façon d'utiliser le savoir médical qui a changé : ce savoir n'est aujourd'hui plus seulement utilisé pour servir les médecins, mais aussi pour surveiller leurs activités.

Depuis la mise en place du programme de formation en 2009 [30], les « *Sciences biologiques*

30. ↑Les principaux textes, qui régissent le programme de formation des études d'infirmière depuis 2009, sont contenus dans les annexes de l'arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier. Ces annexes constituent un de nos principaux matériaux d'analyse dont sont issues les citations en italique.

et médicales » représentent ainsi 540 heures sur 1800, soit 30% du volume de la formation (cf. Figure 1). La moitié de ces enseignements est réalisée en première année. Ils portent sur « *des connaissances de base en biologie cellulaire et moléculaire* » ainsi que sur les « *niveaux d'organisation de l'organisme humain* »[31]. D'après le référentiel de formation, ces enseignements constituent une « *base scientifique* »[32] essentielle dans la suite de la formation infirmière. Il n'est pas anodin que cette base recouvre – partiellement – les enseignements dispensés durant les premières années des études de médecine. Les médecins ont acquis le mandat professionnel qui leur permet de dire ce qu'est la maladie et quelles sont les façons de la traiter pour l'éradiquer (Hughes 1996). Leur place dominante dans le monde du soin leur permet d'imposer cette définition comme étant la plus légitime et de la faire accepter par l'ensemble des professionnels de ce monde. Ainsi, dans le monde du soin, les savoirs médicaux sont un des éléments constitutifs des conventions qui permettent aux acteurs de travailler ensemble (Becker 1988). Tous les professionnels soignants – dont font partie les infirmières – doivent maîtriser au moins une partie de ces savoirs pour pouvoir réaliser les activités qui leurs sont prescrites. Outre les enseignements « de base », les connaissances médicales sont regroupées dans six unités consacrées à l'étude de différents « *processus* »[33]. Pour assurer ces enseignements, dispensés en cours magistraux, les cadres formatrices sollicitent des médecins :

> *Ben pour les processus, donc tout ce qui est de l'ordre... de la pathologie, c'est souvent des médecins que l'on fait intervenir. Si je prends un exemple là, du processus dégénératif que, sur lequel je suis – avec une de mes collègues – référente. Donc c'est un processus qui est relativement costaud en termes de contenu, avec beaucoup de pathologies : insuffisance rénale, insuffisance cardiaque et autres. Donc tout ce qui est pathologies, voilà, le processus... pathologique en lui-même, c'est vu par le médecin.*
>
> *(Hélène, cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

La cadre formatrice reconnaît donc le médecin comme garant du savoir relatif à la pathologie. Elle reconnaît également qu'accéder à ce savoir « costaud » a une valeur symbolique : il peut être source d'un plus grand prestige pour les infirmières. Il permet surtout

31. ↑Ces citations sont issues respectivement des objectifs de l'unité d'enseignement « biologie fondamentale » et de ceux de l'unité « cycle de la vie et grandes fonctions ». Annexe 5 : Unités d'enseignement. Arrêté du 31 juillet 2009.

32. ↑Recommandations pédagogiques de l'unité « Cycles de la vie et grandes fonctions ». Annexe 5 : Unités d'enseignement. Arrêté du 31 juillet 2009.

33. ↑Terme du référentiel de formation que l'on retrouve dans les unités suivantes : « *Processus traumatiques* » ; « *Processus inflammatoires et infectieux* » ; « *Processus psychopathologiques* » ; « *Défaillances organiques et processus dégénératifs* » ; « *Processus obstructifs* » et « *Processus tumoraux* ». Annexe 5 : Unités d'enseignement. Arrêté du 31 juillet 2009.

de revendiquer un statut de professionnelle comme nous l'explique cette autre cadre formatrice :

> *Le médecin, il prescrit. Mais le médecin il va pas vous dire « j'ai prescrit ça pour ça, ça pour ça, ça pour ça, ça pour ça. » Ça c'est bien à l'infirmière de l'identifier. Bon, si vous avez été opérée hier du point de vue gynécologique, ce que vous attendez c'est que l'infirmière elle vous fasse les soins, mais qu'elle sache pourquoi elle fait les soins par rapport à l'opération que vous avez eue hier. Et vous êtes pas obligée de dire au médecin « mais vous, vous avez prescrit ça, mais pourquoi ? » c'est elle qui va pouvoir vous l'expliquer.*
>
> *(Laure, cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

Cette cadre formatrice défend l'intérêt de la maîtrise des savoirs médicaux par les infirmières, en référence aux attentes supposées de leur public [34]. C'est parce que les patients reconnaissent, eux aussi, la valeur supérieure des savoirs médicaux, que les infirmières doivent être en mesure de les maîtriser si elles veulent être reconnues en tant que professionnelles. Les infirmières ont certes un rôle prescrit, mais la maîtrise des savoirs médicaux leur permet d'affirmer que ce rôle ne se résume pas à l'application des consignes données par le médecin. Ce savoir est donc utile dans la construction du caractère professionnel de l'activité infirmière auprès des patients, leur public. Il les maintient, cependant, dans une position dominée par rapport aux médecins. Le rôle prescrit consiste en une délégation de « sale boulot » des médecins vers les infirmières. Ces tâches sont considérées par les médecins comme « routinières » et/ou indignes d'eux (Hughes 1996, pp. 71-73). En les réalisant, les infirmières se trouvent dans une position dominée, mais elles récupèrent aussi un peu du prestige d'ordinaire réservé aux médecins (Arborio 1995). Pour autant, il ne faudrait pas mésestimer la place et le rôle des savoirs médicaux dans la formation des infirmières. Les cadres formatrices n'ignorent pas que la référence à ces savoirs comporte le risque de se voir rappeler à un statut subordonné dans la division du travail de soin. Tout l'enjeu, pour les cadres formatrices, est alors de profiter de la valeur symbolique de ces savoirs, tout en construisant pour les infirmières un autre rôle que celui d'exécutante. Aussi, bien qu'elles reconnaissent une valeur aux savoirs médicaux, les cadres formatrices vont relativiser l'importance des médecins dans les enseignements destinés aux étudiantes infirmières. Les cadres formatrices sont nombreuses à nous expliquer que les cours réalisés par les médecins ne correspondent pas à ce qu'elles estiment être les « *données dont une infirmière a vraiment besoin pour cette pathologie* » [35]. D'ailleurs, si les savoirs médi-

34. ↑« Supposées » dans la mesure où tous les patients ne demandent pas systématiquement des justifications sur leurs soins et leurs traitements.

35. ↑Propos d'Ophélie Sanci, Cadre supérieure de santé, IFSI de Voulin.

caux représentent 30% des enseignements de la formation infirmière, les interventions des médecins représentent, au maximum, un peu plus de 20% des heures d'enseignement (soit 390 heures sur 1800, cf. Figure 2). Remarquons ici qu'il s'agit d'une estimation « haute ». Pour obtenir cette proportion, nous avons considéré que la totalité des Cours Magistraux (CM) de la formation étaient assurés par des médecins[36]. Pour sortir les infirmières de leur position dominée, les cadres formatrices ne revendiquent pas la maîtrise toujours plus grande des savoirs médicaux :

> *Souvent, ils [les médecins] reprennent les mêmes cours de médecine pour les faire à nos étudiant[e]s infirmi[ère]s. Ce qui n'est absolument pas du tout la même chose, il y a certes un tronc commun en termes de physiopathologie, mais après c'est pas aussi approfondi que ce qu'il faut faire en médecine. Et c'est là où on a du mal souvent à leur faire lâcher prise sur l'approfondissement des connaissances de la pathologie. On leur dit « stop, ça ça suffit » et ça ils ont du mal pour certains.*
>
> *(Hélène, cadre formatrice IFSI de Voulin)*

Elles vont au contraire faire en sorte que les étudiantes s'approprient une partie des savoirs médicaux et les utilisent pour analyser les situations à risque pour la santé des patients et détecter d'éventuels signes révélateurs d'un danger au cours du traitement. Comprendre la situation particulière, pour pouvoir prendre une décision sur la conduite à adopter, est un des attributs mobilisés dans le discours des professionnels (Freidson 1984). Les cadres formatrices utilisent alors les Travaux Dirigés (TD) – ces temps d'enseignement en petits groupes – pour « *renforcer certaines connaissances en termes de prise en charge infirmière* »[37]. Lors de ces TD, les connaissances seront mises en application à travers des exercices, élaborés à partir de situations cliniques issues des expériences de chacune des cadres formatrices. L'objectif est de montrer aux étudiantes que le travail des infirmières consiste à assurer la sécurité des patients en toutes circonstances, y compris lors de gestes qui peuvent paraître anodins :

> *Identifier que là, ben... vous avez peut-être un risque de phlébite et que ça n'a pas été perçu, et que si elle [l'infirmière] vous lève, et ben vous risquez de faire une embolie pulmonaire, et puis de décéder au pied de votre lit. Il faut quand même que la personne elle soit compétente pour identifier tout ça.*
>
> *(Laure, cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

36. ↑Chaque IFSI s'organise à sa façon, sans qu'il y ait de prescriptions à ce sujet dans les programmes d'enseignement. Cette organisation et les intervenants font toutefois l'objet d'une validation au niveau régional par le ou la conseiller.e pédagogique et technique en charge des IFSI, qui est elle-même parfois une ancienne infirmière devenue cadre.

37. ↑Propos d'Hélène Manthe, cadre formatrice à l'IFSI de Voulin.

FIGURE 1 – Répartition des différents savoirs en formation infirmière (nombre d'heures de formation)

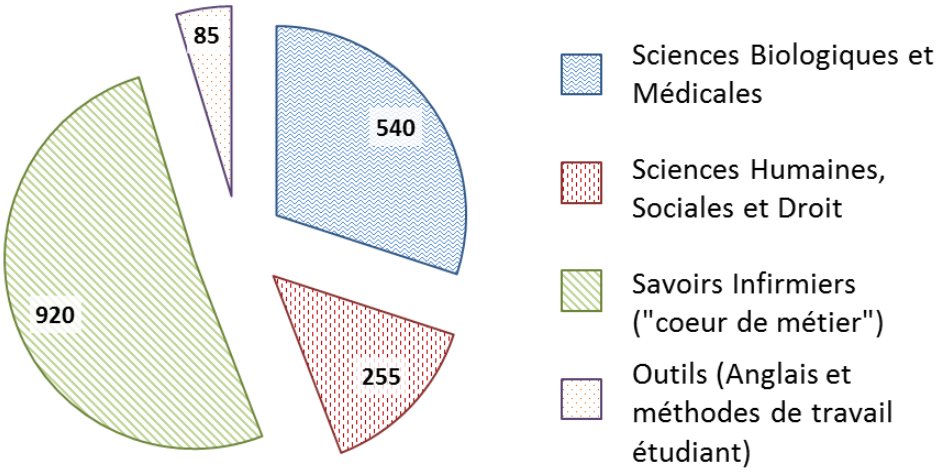
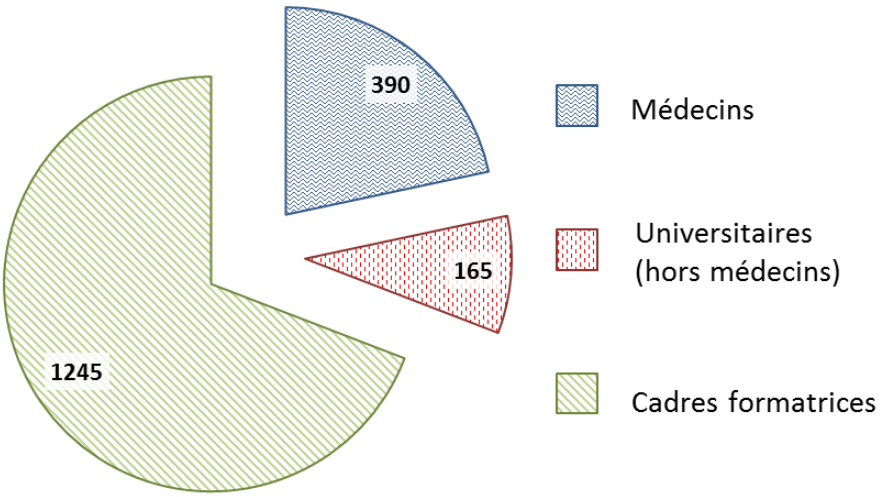


FIGURE 2 – Répartition des différents intervenants en formation infirmière (nombre d'heures d'intervention)



La cadre formatrice explique que l'accès au savoir médical fait de l'infirmière une professionnelle autonome, capable de déceler les éventuelles complications et d'agir en conséquence, de sa propre initiative. Les infirmières sont alors indispensables au bon fonctionnement du travail de soin. C'est en se basant sur le contenu légal du rôle propre – lever les patients fait partie de la liste d'actes relatifs au rôle propre – que les cadres formatrices vont défendre le mandat professionnel infirmier : la préservation de la santé (Collière 1982). Elles présentent aux étudiantes un rôle qui ne se résume pas à une activité subordonnée : elles doivent être capables d'anticiper les complications et de les prévenir. La maîtrise des savoirs médicaux est essentielle parce qu'elle permet de détecter les signes et d'analyser les situations des patients au quotidien. Les cadres formatrices façonnent le mandat professionnel des infirmières, en prenant appui sur les acquis récents au niveau légal, mais sans s'en tenir à une liste d'actes précis. L'accès à une partie du savoir médical est nécessaire pour fournir au patient un service de qualité – ici préserver sa santé – dans lequel il pourra avoir confiance (Hughes 1996, p. 109). Les actions des infirmières sont ici pensées comme complémentaires à celles des médecins. Il s'agit, à terme, de défendre un travail d'égal à égal entre les infirmières et les médecins, dans la mesure où leurs interventions sont complémentaires. Le médecin étant peu présent auprès de lui, le patient peut compter sur l'infirmière pour prendre en charge sa santé au quotidien. Les cadres formatrices vont même plus loin, en construisant le rôle de l'infirmière comme une sécurité par rapport à l'activité médicale :

> *Quand vous avez à appliquer une prescription médicale, si vous savez pas pourquoi vous la faites, ben normalement vous devriez pas la faire. Parce que ça peut être aussi une erreur de la part du médecin et... et ça peut être lourd de [conséquences]. Donc le ministère, il écrit à plusieurs reprises dans le référentiel* « développer son esprit critique ».
>
> *(Laure, cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

Les infirmières doivent maîtriser une partie du savoir médical pour pouvoir empêcher d'éventuelles erreurs commises par les médecins. En un sens, il s'agit pour les infirmières d'être à même de vérifier la prescription du médecin : non pas dans le sens d'une erreur de diagnostic, mais dans l'éventualité d'une erreur de dosage ou de produit. C'est particulièrement le cas, lorsque ce sont les internes – de jeunes médecins jugés inexpérimentés – qui réalisent les prescriptions :

> *Un[e] étudiant[e] [infirmière] qui donne un médicament parce que le docteur lui a dit de donner le médicament, eh bien non quoi. Parce que, je veux dire, le doc-*

teur il peut s'être trompé. Ça peut être un interne qui n'a pas plus d'expérience que... que les quelques stages qu'il a faits.

(Ophélie, cadre supérieure de santé, IFSI de Voulin)

Il est alors essentiel que dès leurs années d'études, les étudiantes infirmières apprennent qu'il fait partie de leur rôle de surveiller les prescriptions des médecins. Si les médecins ont le mandat pour dire quelle doit être la méthode pour prendre en charge la maladie, les infirmières revendiquent le mandat leur permettant de dire ce qui permet de préserver la santé des patients. Le traitement de la maladie n'est alors qu'une des composantes – certes primordiale, mais non suffisante – de la préservation de la santé. Les cadres formatrices sensibilisent les étudiantes aux différences entre l'activité médicale – renvoyée du côté du traitement de la maladie – et l'activité infirmière plus vaste que cela :

On fait aussi surtout, enfin, comprendre [aux étudiantes] cette prise en charge particulière de l'infirmière, la prise en charge particulière du patient, la prise en charge globale du patient. Sans être caricaturale avec la prise en charge médicale, en plus, beaucoup plus accentuée dans les grands CHU comme celui de Voulin où... chaque service a sa spécialité, donc les patients sont un peu saucissonnés. Ils vont dans tel service pour s'occuper de tel organe et nous, infirmières, on a cette spécificité-là, cette particularité, c'est de prendre en charge le patient dans la globalité.

(Marion, cadre formatrice IFSI de Voulin)

L'activité infirmière est donnée à voir comme s'exerçant en « *collaboration* »[38] avec l'activité médicale, sans lui être soumise. L'approche globale – telle qu'elle est conçue par les cadres formatrices – suppose une approche plurielle prenant en compte les différents besoins psychologiques, sociaux, culturels et biologiques des patients. C'est pourquoi, les enseignements relatifs aux sciences biologiques et médicales sont classés, dans le référentiel de formation, parmi les « *sciences contributives au métier infirmier* »[39]. Ces connaissances ne sont qu'un des outils, parmi d'autres, dont les infirmières se serviront pour mener à bien leurs activités.

3.2.2 Concurrences et coopérations autour des sciences humaines et sociales

Pour être en mesure de revendiquer efficacement la spécificité de l'espace d'intervention des infirmières dans le monde du soin, les cadres formatrices ont besoin de pouvoir justifier

38. ↑Terme qui revient dans de nombreux entretiens avec les cadres formatrices.
39. ↑Annexe 3. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

de l'exclusivité de leur compétence dans la prise en charge multidimensionnelle et personnalisée du patient. La délégation du sale boulot des infirmières vers les aides-soignantes a pour conséquence une plus grande proximité - physique et temporelle - de ces dernières avec les malades. Les infirmières réaffirment la spécificité de leur rôle par rapport à celles qui sont leurs subordonnées, mais qui revendiquent une « expertise sociale » (Arborio 1996). Aussi, si la prise en compte de la personne soignée dans sa singularité est un moyen de mettre à distance la conception biomédicale dominante, elle présente le risque de brouiller les frontières avec les aides-soignantes. Dans la mesure où les aides-soignantes revendiquent déjà une expertise relative à la prise charge au plus près des besoins spécifiques de chaque patient, les cadres infirmières doivent donc construire la spécificité des infrimières à travers une autre approche. Les cadres formatrices ont appuyé leur stratégie de valorisation des compétences infirmières sur l'utilisation d'outils et de procédures à caractère scientifique : le dossier de soins infirmiers, le raisonnement et la démarche clinique infirmière et les diagnostiques infirmiers. Tous ces éléments sont enseignés aux étudiantes durant leur formation. Les unités d'enseignement, dites « cœur de métier » – qui représentent un peu plus de la moitié des heures d'enseignement totales (920 sur 1800, cf. Figure 1) –, portent ainsi sur les procédures spécifiquement infirmières [40], les différents types de soins [41] et, enfin, sur des études de cas concrets qui doivent apprendre aux étudiantes à tenir leur rôle en tant qu'infirmière [42]. Seulement l'application de procédures spécifiques ne suffit pas pour justifier la spécificité de l'espace d'intervention de l'infirmière. Anne-Marie Arborio notait, dans son article, la difficulté à faire reconnaître un savoir basé sur les caractéristiques sociales, au sein d'une institution hospitalière qui valorise quasi-exclusivement le savoir scientifique biomédical et la « neutralité technicienne » qui le caractérise (Arborio 1996, pp. 105-106). C'est d'autant plus difficile pour les aides-soignantes qui ne disposent pas des savoirs théoriques à opposer à l'hégémonie des savoirs médicaux. Les cadres formatrices vont remédier, en partie, au problème en faisant reposer les procédures infirmières sur des savoirs théoriques et suffisamment abstraits. « Pour se constituer un champ d'action dissemblable du sens commun et des autres discours savants, le savoir professionnel doit atteindre un niveau de généralité suffisant pour réinventer sa propre base épistémologique, et surplomber par le langage son domaine sans être dépassé à son tour » (Prudhomme 2003, pp. 331-332). Ce

40. ↑Il s'agit des unités regroupées sous l'appellation « *Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes* ».

41. ↑Il s'agit des unités regroupées sous l'appellation « *Sciences et techniques infirmières, interventions* ».

42. ↑Il s'agit des unités regroupées sous l'appellation « *Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière* ».

faisant, elles assurent de maintenir la frontière professionnelle entre les infirmières et les aides-soignantes. Les cadres formatrices françaises ne disposant pas d'une science infirmière institutionnellement reconnue, elles se sont appuyées sur les travaux nord-américains en sciences infirmières, mais aussi sur les sciences humaines (Perreault, Saillant 1996). Cette importance des sciences humaines dans la constitution des savoirs infirmiers n'est pas nouvelle. Elle a été cependant réaffirmée dans le référentiel de formation en vigueur depuis 2009. Il stipule que les enseignements, même ceux relatifs aux différents types de soins qui comportent un volet « pratique », supposent l'acquisition antérieure de savoirs théoriques. Ces derniers sont matérialisés dans la maquette de formation sous la forme de « prérequis ». Ces prérequis ne concernent pas que les sciences humaines et sociales, certains relèvent du droit, d'autres de la santé publique, d'autres encore de la biologie et de la pharmacologie. Ils peuvent également, bien évidemment, relever des savoirs infirmiers déjà constitués, même si ceux-ci ne sont pas encore reconnus comme une discipline à part entière. En revanche, il est stipulé dans le référentiel que ces apprentissages théoriques ont pour objectif de contribuer à la bonne réalisation de l'activité infirmière. Par exemple, pour les enseignements de psychologie au premier semestre, l'objectif est d'« *expliciter le caractère unique de l'expérience de santé vécue par une personne* »[43]. Et les recommandations pédagogiques stipulent que cet enseignement a pour but de « *donn[er] à l'étudiant[e] des cadres théoriques et des points de repères qui lui permettent de relier ses propres observations et interrogations à des savoirs organisés* »[44]. Ainsi, les pratiques infirmières sont inséparables d'un savoir théorique. L'une des deux seules unités concernant des soins pratiques qui ne comportent pas de prérequis théoriques est celle qui est intitulée « *Soins de confort et de bien être* ». La particularité de cette unité est qu'elle « *correspond aux savoirs enseignés lors de la formation menant au diplôme d'aide-soignant* »[45]. De ce fait, les savoirs enseignés durant la formation d'aide-soignante ne nécessiteraient pas de prérequis théoriques. Alors que, par exemple, l'unité « *soins relationnels* » nécessite des prérequis en psychologie, sociologie et anthropologie. Les soins de confort et de bien être, sont ceux qui correspondent à une partie du rôle propre des infirmières. Le référentiel fait d'ailleurs

43. ↑Objectifs de l'unité Psychologie, Sociologie, Anthropologie du semestre 1, Annexe 5 de l'arrêté du 31 juillet 2009.

44. ↑Recommandations pédagogiques de l'unité Psychologie, Sociologie, Anthropologie du semestre 1, Annexe 5 de l'arrêté du 31 juillet 2009.

45. ↑L'autre unité porte sur les « *soins d'urgence* ». Elle pour objectif d'apprendre aux étudiantes à « *pratiquer les gestes permettant de porter secours en attendant l'arrivée d'une équipe médicale* ». Cet enseignement aboutit à la délivrance d'une attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, nécessaire pour exercer en structure hospitalière.

mention de l'article R.4311-5 du code de la santé publique qui liste les soins relevant du rôle propre dans cette unité. Les cadres formatrices construisent la « professionnalité » des infirmières en opposition aux savoirs des aides-soignantes. Si ces dernières sont reconnues comme essentielles au fonctionnement du monde du soin et à la prise en charge des patients, leurs savoirs et leur expertise ne sont pas professionnels. Dans la mesure où les aides-soignantes n'ont pas accès au savoir théorique, elles ne peuvent revendiquer la prise en charge globale du patient. C'est pourquoi, les infirmières restent responsables du travail réalisé par les aides-soignantes. De ce point de vue, c'est l'accès au savoir théorique, relatif aux sciences humaines et sociales, et son application dans les situations de soin qui clôturent le marché du travail des infirmières et en font des professionnelles insubstituables (Paradeise 1988, p. 13). Les sciences humaines et sociales représentent une caution scientifique dans la construction des compétences infirmières, à un moment où les sciences infirmières ne sont pas (encore) reconnues comme une discipline à part entière. Cette stratégie est antérieure au référentiel de formation de 2009. En revanche, ce qui a changé dans le cadre du rapprochement de la formation infirmière et de l'université, ce sont les modalités d'enseignement de ces disciplines.

Dans le référentiel en vigueur depuis 2009, les enseignements de sciences humaines sont regroupées sous l'intitulé « sciences humaines sociales et droit » [46]. Ces enseignements représentent un peu moins de 15% du total des enseignements de la formation (255 heures sur 1800, cf. Figure 1). Les enseignements de ces unités, et tout particulièrement les CM, sont assurés par des universitaires, très souvent des enseignants-chercheurs, des disciplines concernées : psychologie, sociologie, anthropologie, éthique ou encore droit. Sur notre terrain [47], la multiplication des intervenants universitaires a engendré une transformation du rôle des cadres formatrices, ainsi que nous le confie l'une d'elle :

> *Alors certains collègues vous diraient que, avec le nouveau programme, on est moins des transmetteurs de connaissances mais plus des accompagnateurs. Moi je me dis, oui nous sommes des accompagnateurs, mais nous devons aussi faire passer des connaissances. [...] on est là aussi pour réinjecter ces connaissances*

46. ↑Annexe 5 de l'arrêté du 31 juillet 2009.

47. ↑D'un point de vue institutionnel, les IFSI dépendent de plusieurs organismes et institutions organisés au niveau régional ou local : l'Agence Régionale de Santé (ARS) est l'autorité de tutelle, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) est responsable de la certification du diplôme d'État professionnel ; la Région est l'organisme qui finance les instituts ; les Universités sont responsables de la délivrance du grade licence ; et enfin les hôpitaux sont les garants de la formation en stage et de la formation continue des formateurs. Ces multiples rattachement locaux et régionaux expliquent en partie la diversité des situations d'une région à l'autre, voire à l'intérieur même des nouvelles grandes régions. Pour autant nous tenterons de dégager des dynamiques qui nous semblent pouvoir se généraliser à l'ensemble des IFSI.

qui ont été apportées par d'autres, par les médecins, par les intervenants universitaires, les sociologues, etc. [...] Et là je vais peut-être, on va dire, me battre là-dessus, pour les cinq dernières années qu'il me reste à travailler, sur... les socles de connaissances nécessaires à l'analyse. [...] Il y a dix ans, j'aurais plutôt dit faire passer des connaissances, là je dirais faire passer des connaissances et accompagner. Ou alors ré... retravailler sur les connaissances qui ont déjà été apportées, mais je ne veux pas l'enlever ce rôle-là, parce que l'accompagnateur ça ne suffit pas quoi. Voilà.

(Émilie, cadre formatrice, IFSI de Voulin)

L'intégration de la formation infirmière à l'université tend à modifier la place des cadres formatrices dans la division du travail d'enseignement. Le rôle d'apport d'une partie des connaissances serait désormais confié à d'autres – les universitaires – tandis que les cadres formatrices se concentreraient sur leur rôle d'accompagnement – d'autres cadres formatrices parlent de « compagnonnage » – permettant aux étudiantes de s'approprier une culture professionnelle. Si elles délèguent une partie du rôle « enseignant », les cadres formatrices sont toujours responsables du travail de construction identitaire des étudiantes infirmières.

Pour autant, cette délégation n'a rien d'évident et suscite parfois des incompréhensions entre universitaires et cadres formatrices. Pour expliquer ces incompréhensions, nous analyserons l'article d'une anthropologue – elle-même intervenante dans plusieurs IFSI (Campergue 2014). Cet article et ses conclusions nous intéressent dans la mesure où ils rendent visibles les conceptions différentes de la façon dont l'universitarisation de la formation infirmière doit être réalisée. Dans cet article, Cécile Campergue raconte que dans un des IFSI où elle intervient, elle est chargée des enseignements en cours magistraux tandis que les cadres formatrices s'occupent des travaux dirigés. Elle déplore le manque de formation et de connaissances en anthropologie des cadres formatrices qui, parce qu'elles se réfèrent à des manuels d'anthropologie en soins infirmiers, tendent à adopter une « position culturaliste ». Pour l'autrice, la culture serait alors abordée comme une « unité cohérente, homogène et figée qui expliquerait tout » (Campergue 2014). Position bien éloignée de ce qu'elle-même présente aux étudiantes pendant ses cours magistraux. En conclusion, l'autrice préconise que les cours magistraux et les travaux dirigés soient entièrement assurés par des anthropologues. Ces derniers devraient alors s'appuyer sur les travaux plus spécifiques d'anthropologie hospitalière ou d'anthropologie dans le domaine du soin, mais également sur des entretiens avec du personnel soignant et des observations *in situ*, pour former au mieux les étudiantes, aussi bien dans le domaine des savoirs que dans le domaine pragmatique. Pour cette universitaire, les sciences dites « contributives » doivent

être intégralement prises en charge par des enseignants universitaires, qui sont les seuls à être légitimes pour les enseigner correctement. Pour les cadres formatrices, si ces savoirs relèvent effectivement du champ universitaire et sont nécessaires, ils ne peuvent réellement être utiles et utilisés que s'ils sont retravaillés par des membres de la profession. Sans cela, ces savoirs resteraient trop « *plaqués* », comme nous le disait Laure, une des cadres formatrices de l'IFSI de Voulin. Les cadres formatrices, en tant que membres du groupe professionnel infirmier, revendiquent une légitimité à enseigner aux futures professionnelles et à garder un droit de regard sur le contenu des connaissances mais surtout sur leur mise en pratique. Pour comprendre ce qui se joue dans la confrontation entre ces visions différentes, nous emprunterons le cadre des écologies liées, tel qu'il a été défini par Andrew Abbott (Abbott 2003). Les tensions entre ces visions différentes de l'universitarisation renvoient à la question de savoir qui est le plus légitime pour déterminer le contenu de la formation infirmière. Cécile Campergue, en tant qu'universitaire, explique qu'elle est la plus légitime, parce qu'elle maîtrise ces savoirs disciplinaires. Les cadres formatrices, quant à elles, défendent leur légitimité en justifiant d'une nécessaire mise en pratique de ce savoir. Cette mise en pratique nécessitant une appropriation des savoirs par des membres du groupe professionnel. Il y a donc ici concurrence entre différentes visions de l'utilisation des Sciences Humaines et Sociales. Les cadres formatrices vont alors déployer différentes stratégies pour ne pas être exclues de la transmission de ces savoirs.

Malgré l'entrée des universitaires spécialistes en Sciences Humaines et Sociales dans la formation, les cadres formatrices sont toujours chargées de la mise en œuvre du programme de formation. Elles conçoivent et organisent ainsi les unités d'enseignement, dans les limites du référentiel de formation. Les intervenants extérieurs, dont les universitaires font partie, sont ainsi contactés par les cadres formatrices.

> *Ce sont les forma[trices] qui vont proposer aux intervenants extérieurs tel, tel ou tel enseignement mais avec des objectifs bien précis, avec une demande bien précise et souvent un travail aussi en amont, soit par une rencontre physique, ou une rencontre téléphonique ou un courrier, ou des mails. [...] C'est chacun, chaque formateur qui va choisir, entre guillemets, la personne qui paraît la plus... la plus compétente pour apporter quelque chose de complémentaire aux étudiants.*
>
> *(Monique, cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

Notons que les intervenants extérieurs dont il est question ici peuvent être des universitaires mais également des professionnelles, infirmières et cadres de santé, qui viennent alors partager leurs expériences. Il est évident que dans ce deuxième cas, les probléma-

tiques ne sont pas les mêmes puisque ces intervenants font eux-mêmes partie du groupe professionnel. Les contacts entre intervenants universitaires et cadres formatrices se font par le biais de réseaux d'interconnaissance soit directement, soit par le biais de collègues ou encore via des demandes directes auprès des différents UFR de l'Université. Il arrive également que les contacts d'intervenants s'échangent entre cadres formatrices d'IFSI différents. Elles se rencontrent lors des réunions de coordination au niveau régional[48]. Une fois les intervenants identifiés, s'entame une phase de négociation :

> *Quand je prends contact avec [les intervenants], j'essaie de leur expliciter la commande, comme je l'entends. Des fois c'est pas forcément compris, alors pour certains on échange plusieurs fois par mail. Pour d'autres, où l'échange a été moins fructueux, j'ai envie de vous dire, et que je ne connais pas [au sens où ils n'ont pas été sollicité les années précédentes], je me permets des fois d'assister à leurs cours pour voir le contenu. Ou je demande aux étudiants quel retour ils en ont. Et soit j'essaie de réajuster, et s'il s'avère que la personne ne veut pas réajuster, je passe à un autre intervenant, tout simplement.*
>
> *(Hélène, Cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

Pour les cadres formatrices il s'agit de trouver des intervenants qui accepteront de jouer le jeu, c'est-à-dire de reconnaître que le public des étudiantes infirmières est spécifique et d'adapter le discours en fonction. Dans cette configuration, il leur faut trouver des alliés parmi les universitaires, des individus qui accepteront de coopérer (Abbott 2003). Pour faciliter les rapports, les cadres formatrices cherchent en priorité des intervenants universitaires dont les travaux sont en lien avec le monde médical et le monde du soin. Seulement ces intervenants ne sont pas nécessairement légion. Ce qui est nécessaire, c'est que l'intervenant universitaire face preuve d'une volonté de coopération comme nous le raconte cette cadre formatrice :

> *J'ai le souvenir d'un philosophe qu'on avait fait intervenir parce que, c'était donc par personnes interposées on avait eu ce nom. Et ce philosophe nous avait dit « j'ai jamais enseigné aux étudiants infirmiers mais franchement ça m'intéresse, j'ai envie de connaître ce public parce que c'est la première fois qu'on me demande. J'ai envie de connaître ce public. » Et il était venu à plusieurs cours d'autres intervenants. C'était dans le module éthique, l'unité d'enseignement éthique et soins infirmiers. On lui demandait d'intervenir sur des réflexions éthiques. Et comme on avait plusieurs intervenants, il nous avait dit « ben je vais, voilà j'ai envie de connaître le public, je vais venir en, ben, pour moi déjà connaître un petit peu, sentir l'ambiance quoi. »*
>
> *(Monique, Cadre de santé, IFSI de Voulin)*

Bien évidemment, cette démarche est en réalité plutôt rare. Elle est directement liée ici

48. ↑En effet, depuis 2009 les IFSI sont régis par des conventions tripartites entre la région qui assure le financement, les établissements « support », c'est-à-dire les structures de soins auxquelles sont rattachés les IFSI et l'Université. L'animation de ces réunions revient aux Agences Régionales de Santé (ARS) qui sont l'autorité de tutelle des IFSI. Les ARS sont notamment chargées de s'assurer que les formations dispensées dans les IFSI sont bien conformes au référentiel de formation.

à la proximité géographique de l'Université. Toutefois elle permet de comprendre l'importance que les formatrices accordent à la démarche des universitaires. Elles revendiquent en effet la particularité de leur public et par là, de la formation infirmière. Ce n'est pas parce que la formation est maintenant liée au monde universitaire qu'il s'agit de faire des étudiantes infirmières des spécialistes de sociologie, d'anthropologie, de philosophe ou encore de psychologie. Les cadres formatrices attendent donc des universitaires qu'ils adaptent les contenus de leurs cours à ce public particulier. Ces enseignements doivent être en lien avec le monde soignant et/ou hospitalier, *a minima* dans les exemples choisis. Il s'agit d'avoir un discours disciplinaire, mais accessible à un public de néophytes. En somme, les cadres formatrices attendent des universitaires qu'ils soient conscients de participer à la formation d'étudiantes infirmières et non d'étudiants de leurs disciplines respectives.

Pour conforter leur position et s'assurer de ne pas se voir confisquer leur mandat – la formation des futures infirmières et la constitution des savoirs infirmiers – de nombreuses cadres formatrices passent des diplômes universitaires [49]. Ces derniers deviennent un atout non négligeable dans la négociation avec les universitaires. Lors d'un entretien, la directrice de l'IFSI de Voulin nous explique qu'elle « *pousse beaucoup les format[rices] et l'équipe [de direction] à la formation continue* ». Nous apprenons que pas moins de onze cadres formatrices de l'IFSI sont en train de préparer des diplômes universitaires - ou bien les ont déjà -, la majeure partie d'entre elles au niveau Master 2, et trois en doctorat, dans des disciplines variées mais toutes plus ou moins liées aux sciences humaines [50]. La directrice explique qu'elles restent employées à temps plein au sein de l'IFSI, mais qu'elle fait son possible pour aménager leurs emplois du temps. S'engager dans un processus de formation continue tout en menant de front une activité à temps plein n'est pas chose aisée. Souvent, les cadres formatrices que nous avons rencontrées nous font part de leur épanouissement personnel et de leur intérêt pour ces formations, mais aussi de leur extrême fatigue et de leurs difficultés dans la réalisation de ces projets. L'acquisition de diplômes universitaires est un moyen de réaffirmer leur légitimité à enseigner dans la formation, face aux savoirs abstraits des universitaires. Cette stratégie est visible dans les propositions du CEFIEC :

49. ↑Notons que cette stratégie n'est pas apparue avec le changement de référentiel en 2009. En effet, dans sa thèse, soutenue en 1994, Isabelle Feroni écrivait déjà que les « titres universitaires [des cadres formatrices] sont un moyen pour elles de s'affirmer et de prétendre à un statut symbolique plus prestigieux » (Féroni 1994, p. 340). Il nous semble cependant que les transformations de 2009 ont contribué à accélérer ce mouvement.

50. ↑Parmi les disciplines des diplômes universitaires préparés par les cadres formatrices, nous avons recensé de la psychologie des apprentissages, de la philosophie et des sciences de l'information et de la communication.

« L'évolution vers l'universitarisation nécessite la mise en place d'enseignants-chercheurs pour conduire l'enseignement de la recherche et à son encadrement. L'existence de ce corps par filière concourra à valoriser les savoirs académiques spécifiques et singuliers ainsi que l'identité professionnelle de chacune d'elles. Cela signifie que ces enseignants-chercheurs sont des infirmier.e.s avec une formation universitaire, et non des universitaires non infirmier.e.s. » [51]. C'est un moyen de réaffirmer l'existence de savoirs spécifiques au groupe professionnel et produits par ses membres. En effet, quelle qu'en soit la discipline, leurs travaux de Master ou de Doctorat ont tous un rapport avec le groupe professionnel infirmier, ses membres, son organisation ou ses activités. Les cadres formatrices gardent ainsi la possibilité de donner leur avis à propos des contenus des enseignements, y compris des enseignements en Sciences Humaines et Sociales. C'est ainsi que sur notre terrain, les cadres infirmières peuvent réajuster les enseignements lors des travaux dirigés. Celles qui sont devenues docteures ont même pris en charge certains cours magistraux, se passant ainsi du concours d'une partie des enseignants-chercheurs. Les cadres formatrices revendiquent alors une double appartenance, à la fois universitaire et infirmière.

En effet, y compris lorsqu'elles entreprennent des formations universitaires, les cadres formatrices font valoir leur « *expérience* » en tant qu'infirmière. Une partie de la légitimité de leur position est défendue en référence à leur ancienne appartenance au groupe professionnel. C'est ce qui marque leur spécificité par rapport aux universitaires :

> *On incarne le métier, ça c'est important. Je l'ai pas dit mais je crois que c'est important aussi en tant que formateur d'incarner. C'est-à-dire il faut [qu'elles : les étudiantes] soient capables de t'imaginer en blouse. Capables de t'imaginer en train de prendre soin d'une personne.*
>
> *(Ronald, cadre formateur, IFSI de Voulin)*

Ce sont leurs expériences passées, en tant qu'infirmières, et la possibilité de les mettre en scène qui permettent aux étudiantes d'imaginer les cadres formatrices comme faisant partie du groupe professionnel. Ce discours est une rhétorique professionnelle, au sens où les cadres formatrices ne sont, de fait, plus infirmières à proprement parler. Par ce discours, elles revendiquent un légitimité pour enseigner aux futures membres du groupe infirmier. Cette rhétorique est antérieure aux transformations de 2009. Aux débuts de la structuration du monde du soin, les enseignantes dans les écoles d'infirmières mettaient en avant leur expérience et allaient faire des démonstrations de soins directement dans les services. Cette

51. ↑Proposition 4, communiqué de presse du 28 mars 2017, « L'intégration des formations en Santé à l'université ».

époque est révolue depuis longtemps. Les cadres infirmières ont depuis construit leurs discours en mettant l'accent sur une période de leur parcours professionnel, dans lequel elles ont effectivement été infirmière. Ce type de récit leur donne une légitimité professionnelle pour réaliser leur mandat. La mise en place du référentiel de 2009, achève le processus d'éloignement des cadres formatrices des pratiques de terrain. Les évaluations pratiques des étudiantes – auparavant réalisées conjointement par des professionnelles de terrain et des cadres formatrices sous la forme de Mises en Situations Professionnelles (MSP) – ont été remplacées par des évaluations réalisées uniquement par les professionnelles de terrain. Certaines cadres formatrices regrettent d'ailleurs de ne plus encadrer les étudiantes « *au lit du patient* ». Toutefois, les cadres formatrices gardent des contacts avec les professionnelles « *de terrain* », c'est-à-dire exerçant dans les services de soin. En effet, ces professionnelles peuvent être sollicitées pour réaliser des interventions, concernant notamment les dernière techniques de soin. Les enseignements conservent ainsi un ancrage dans le réel, mais ce dernier n'est plus directement à la charge des cadres formatrices.

Conclusion du chapitre

La création des cadres de santé, en 1995, a distendu les liens entre les infirmières et « leurs » cadres. L'ouverture des écoles et des fonctions de cadres de santé à d'autres groupes paramédicaux menace les rapports de coopération entre les infirmières et les cadres infirmières, précédemment établis au nom d'un passé commun. Par le biais des associations catégorielles, les cadres infirmières ont obtenu que soient maintenues, *a minima*, des distinctions en fonction des filières d'origine. Cette transformation de l'accès aux fonctions d'encadrement et d'enseignement a eu pour effet, non voulu, de renforcer les différences de mandat entre les segments des cadres de santé. D'un côté, les cadres qui exercent dans les services, sont plus ou moins contraintes de mettre en œuvre les politiques publiques d'optimisation et de réduction des coûts de la santé : si elles peuvent encore défendre la spécificité des infirmières, ce n'est plus le cœur de leur mission. De l'autre côté, les cadres formatrices, qui exercent dans les instituts de formation, se recentrent sur la valorisation de la profession infirmière et sur la « fabrication » des futures professionnelles. En la matière, le rapprochement des formations des professionnelles de santé avec l'Université, est source de tensions.

Les cadres formatrices sont tiraillées entre des exigences multiples. Le partenariat avec

l'Université est potentiellement source d'une meilleure reconnaissance pour le groupe professionnel infirmier en termes salariaux et statutaires. Il présente cependant des difficultés, en faisant entrer de nouveaux intervenants qui peuvent remettre en cause la position des cadres formatrices dans la formation des futures professionnelles. Les cadres formatrices adoptent alors des stratégies pour limiter l'influence de ces universitaires, notamment en passant elles-mêmes des diplômes universitaires. Elles ajoutent à leur légitimité issue de leur ancienne appartenance professionnelle, une légitimité fondée sur l'appartenance au monde universitaire. Elles conçoivent alors leur rôle comme une aide apportée aux étudiantes pour faire le tri dans les connaissances universitaires, mais aussi pour rendre concrets des concepts développés en cours magistraux de manière parfois très abstraite. A la jonction entre le monde universitaire et le monde professionnel, les formatrices revendiquent un droit de regard sur la construction identitaire des étudiantes. Elles gardent ainsi une influence sur le processus de fabrication des futures professionnelles. C'est un moyen pour les cadres formatrices de préserver leur mandat, bousculé par l'universitarisation de la formation infirmière.

Deuxième partie

La formation des infirmières

Les cadres de santé, et plus particulièrement les cadres formatrices, défendent une « image sociale » du groupe infirmier au sens de Avanza et Laferté, c'est-à-dire qu'elles se font entrepreneuses de morale et font en sorte d'imposer leur représentation de ce que doit être le travail de l'infirmière (Avanza, Laferté 2005). En mettant l'accent sur l'autonomie et la responsabilité des infirmières dans leur travail, les cadres formatrices cherchent à conquérir un territoire d'exercice spécifique : qui ne se limite pas aux soins prescrits par les médecins et qui ne puisse être confondu avec le rôle des aides-soignantes. Elles font alors valoir une conception du travail infirmier complémentaire de celui du médecin, exercé d'égale à égal : les infirmières ont en charge la « santé » des patients, irréductible aux dimensions biologiques ou physiologiques. Cette stratégie s'avère payante dans le contexte politique actuel en matière de santé. Le poids croissant des pathologies chroniques incite les pouvoirs publics à mettre l'accent, dans les politiques publiques de santé, sur la prise en charge holistique des malades, au détriment d'une conception strictement biomédicale. La reconnaissance officielle des infirmières de pratique avancée, depuis le mois de juillet 2018 [52], va dans ce sens. Pour autant, si elle constitue un puissant argument de protection de la juridiction, cette conception du travail de l'infirmière est un idéal porté par une « élite » (Féroni 2000), qui fait aujourd'hui partie d'un autre groupe professionnel : celui des cadres de santé. À la lumière de cette première partie, nous allons interroger les processus de « fabrication » des futures professionnelles. Le temps des études est un moment privilégié pour comprendre la façon dont un groupe professionnel construit son identité à travers des mécanismes de sélection et de rejet de ses nouveaux membres (Baszanger 1983).

Dans cette dernière partie, nous reviendrons sur la façon dont les cadres formatrices recrutent et (trans)forment des profanes qui deviendront, à terme, des infirmières. Le processus de recrutement se réalise sur le temps long. Il est marqué par différentes étapes, certaines officielles et directement observables, d'autres plus informelles. C'est ce processus que nous souhaitons examiner ici. Dans un premier temps, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'entrée en formation. Elle est marquée par une étape de sélection officielle – le concours d'entrée en IFSI – qui assure une régulation des étudiantes qui entreront en formation. Nous reviendrons, dans un second temps, sur le temps de la formation proprement dit. Nous verrons alors que les étudiantes doivent surmonter un certain nombre d'épreuves initiatiques qui produisent une transformation identitaire permettant de passer

52. ↑Le décret instaurant officiellement cet exercice est paru au milieu du mois de juillet 2018. (Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée paru au journal officiel du 19 juillet 2018).

du statut de profane à celui de professionnelle en devenir. Enfin, dans un dernier temps, nous reviendrons sur les mécanismes qui transforment ces étudiantes infirmières en professionnelles. Nous verrons alors quel rôle jouent les professionnelles des services de soin dans cette nouvelle conversion identitaire, qui amène les étudiantes à devenir infirmières « en particulier ».

Chapitre 4

Sélection à l'entrée de la formation

Introduction

L'obtention du Diplôme d'État est une condition *sine qua non* pour exercer en tant qu'infirmière en France. Celui-ci ne peut s'obtenir qu'à la suite de trois années d'études dans un IFSI agréé. En régulant l'accès à la formation, le concours d'entrée en IFSI est aussi le premier outil de régulation de l'accès au marché du travail infirmier. A ce titre, il marque le début du processus de recrutement des futures professionnelles. Le recrutement ne doit en effet pas être réduit à la situation de face-à-face qui précède l'embauche (De Larquier, Monchatre 2014). C'est un processus qui se réalise sur le temps long, particulièrement lorsque la formation est obligatoire pour pouvoir exercer. Dans d'autres groupes professionnels, comme les cadres de santé, le processus de recrutement débute dès avant la formation. Les cadres de santé, qui commencent leur vie professionnelle en tant que soignantes, sont « repérées » par les cadres de santé et/ou les cadres supérieures de santé en poste. Ces dernières perçoivent l'investissement volontaire de ces soignantes dans des tâches transversales et/ou organisationnelles, éloignées des activités de soins, comme un indice de leur capacité potentielle à devenir cadre de santé (Divay 2018, pp. 46-47). A partir de là, les cadres en poste vont encourager ces soignantes à devenir des cadres de santé. Ce processus, qui ne va pas sans réticences parfois, abouti très souvent à l'occupation d'un poste de « faisant-fonction » de cadre. Ces soignantes exercent alors en tant que cadres de santé, avoir d'en avoir le diplôme. Ce n'est qu'après cette période de test qu'elles tenteront effectivement le concours de l'école de cadres et entreront en formation. Dans le cas des IFSI, rien de tel. Le concours est la première étape de sélection. Il a pour objectif de recruter de futures étudiantes en soins infirmiers. Ces étudiantes seront ensuite formées

et deviendront souvent – mais pas toujours – au terme du processus, les futures infirmières. L'objectif du recrutement est, à terme, de pouvoir alimenter en professionnelles l'ensemble des segments du groupe professionnel. Nous verrons dans ce chapitre que les mécanismes qui président au choix des futures étudiantes sont traversés par les dynamiques qui sous-tendent l'ensemble du processus de formation des étudiantes en soins infirmiers. Il s'agit de recruter des étudiantes qui recevront une formation générale et qui deviendront ensuite des professionnelles dans des services particuliers.

4.1 Mécanisme de sélection

Les études démographiques concernant la profession infirmière mettent en avant l'accroissement des besoins en personnels infirmiers dans les années qui viennent. Il s'agira de faire face au vieillissement de la population ainsi qu'à la baisse annoncée du nombre de médecins (Barlet, Cavillon 2010, p. 5). Nous avons vu que les infirmières sont aussi pressenties comme des actrices importantes de la prise en charge des maladies chroniques (*cf. supra.* 3.1.2, p.100). Les pouvoirs publics souhaitent donc s'assurer qu'un nombre suffisant de professionnelles soit formé pour répondre aux besoins de soins sur le territoire national. Le nombre de places ouvertes en formation est établi annuellement par un arrêté d'État. Ce dernier fixe, pour chaque région, le quota d'étudiantes à admettre en première année de formation [1]. Après deux réévaluations à la hausse en 2000 (+ 30%) et 2003 (+ 12%), le quota national d'étudiantes à admettre en première année de formation infirmière s'est aujourd'hui stabilisé autour de 31 000 places (cf. Figure 3). Au regard du nombre de candidatures qui seront présentées aux épreuves (200 161 en 2014) [2], la sélection à l'entrée de la formation de la formation infirmière semble importante. Toutefois, ce chiffre ne rend pas bien compte de la réalité. En effet, chaque établissement de formation organise son propre concours [3], dans le respect des modalités définies au niveau national. Les candidates peuvent donc passer plusieurs concours la même année, à condition d'avoir correctement complété les dossiers d'inscription, de s'être acquitté des frais demandés [4] et sous réserve de la compatibilité des dates des épreuves. Cette pratique semble d'ailleurs être la norme.

1. ↑Notons que le principe des quotas concerne les étudiantes qui entrent en formation et non celles qui sont diplômées trois ans plus tard. Cette régulation fonctionne donc différemment du *numerus clausus* d'autres formations relatives à des professions de santé (médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie). Dans ces formations le numerus clausus limite les places en deuxième année.

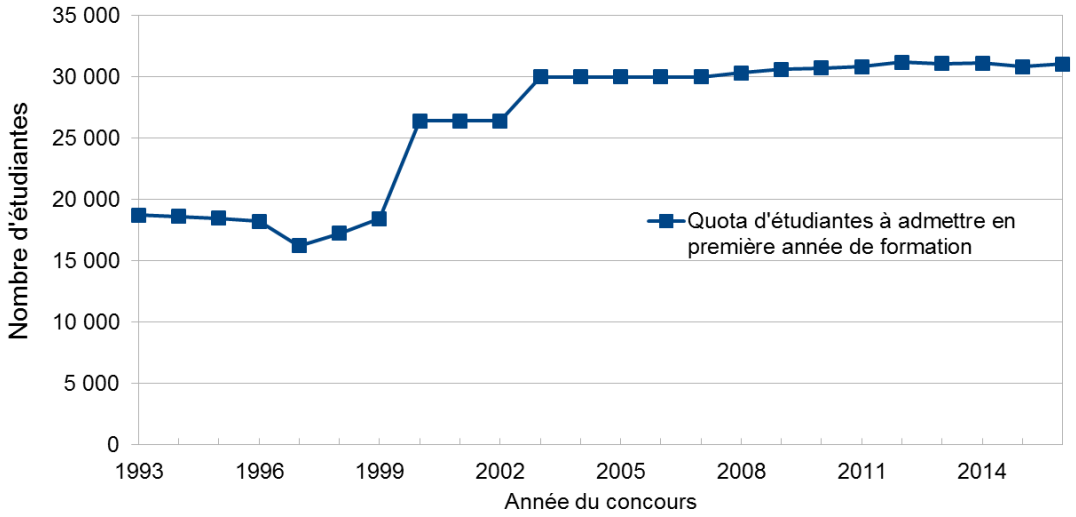
2. ↑Source : DREES, Enquête École 2014.

3. ↑Certains établissements peuvent organiser des sessions communes.

4. ↑Ces frais sont liés aux traitements des dossiers et à l'organisation des épreuves. La somme est déterminée par les établissements, il semble qu'elle soit souvent aux alentours d'une centaine d'euros.

Parmi les vingt-deux étudiantes que nous avons rencontrées et qui ont passé ce concours dit « de droit commun » [5], seules trois ont passé les épreuves dans un seul IFSI. Les autres ont tenté entre deux et cinq concours la même année. Si nous faisons l'hypothèse que chaque candidate tente entre deux et trois concours [6], 31 à 46% des candidates auraient été acceptées en 2014 [7]. Nous reviendrons sur le contenu des épreuves dans la partie suivante. Nous nous concentrerons ici sur le mécanisme de sélection.

FIGURE 3 – Évolution du quota national d'étudiantes à admettre en première année d'IFSI entre 1993 et 2016.



La sélection se déroule en deux étapes : une première étape d'admissibilité composée de deux épreuves écrites et une étape d'admission composée d'une épreuve orale. Les deux premières épreuves écrites sont notées sur vingt points chacune. Pour être admissible – c'est-à-dire pour pouvoir se présenter à l'épreuve orale – les candidates doivent obtenir un minimum de vingt points sur quarante et n'avoir aucune note inférieure à huit sur vingt. A l'issue des écrits, sur les 1286 candidates inscrites à l'IFSI de Voulin en 2014, 470 ont été admissibles, soit près de 37%. A l'IFSI de Pantun, 41% des candidates ont été admissibles (260 sur 633). Ces épreuves écrites ne servent donc pas à sélectionner les meilleures

5. ↑Deux des étudiantes, Emma et Annick, sont entrées à l'IFSI par la voie de la promotion professionnelle. Il y a alors un concours, mais il n'est pas le même que celui qui nous intéresse ici. Le nombre de places ouvertes aux personnes passant par la voie de la promotion professionnelle est fixé à environ 20% du quota total.

6. ↑Cette hypothèse nous semble raisonnable au vu des données recueillies auprès de nos enquêtées et des dires des candidates lors des oraux, lorsque la question leur était posée par les membres du jury.

7. ↑Notons qu'en réalité ces proportions sont un peu moindres dans la mesure où depuis 2003, le quota défini au niveau national n'est pas atteint. Le nombre moyen de nouvelles entrantes en IFSI est inférieur de 8% au quota national (BARLET, CAVILLON 2010 , p. 23).

candidates, mais à recevoir à l'oral celles qui ont un niveau minimal, traduit par une note au moins égale à vingt sur quarante. La seconde étape de la sélection, l'épreuve orale, est sanctionnée par une nouvelle note sur vingt. Toute note inférieure à dix sur vingt est éliminatoire, c'est-à-dire qu'elle empêche l'accès à la formation quelles que soient les notes obtenues aux épreuves écrites. Réussir l'épreuve orale consiste donc une étape indispensable pour être admise à entrer en IFSI. A l'issue des épreuves, dans chaque établissement, les candidates admises sont classées en fonction de la moyenne de leurs notes aux trois épreuves. Deux listes sont alors composées : une liste principale correspondant au nombre de places ouvertes dans l'établissement ; et une liste complémentaire en cas de désistement. Comme les candidates passent plusieurs concours chacune, il arrive très souvent que les IFSI fassent appel à l'ensemble des candidates de la liste complémentaire pour compléter leurs effectifs. Les notes éliminatoires sont donc importantes dans le processus de sélection. Elles permettent de s'assurer que certaines candidates n'entreront pas en formation. Cette importance des notes éliminatoires est rappelée aux membres du jury, avant le début des auditions :

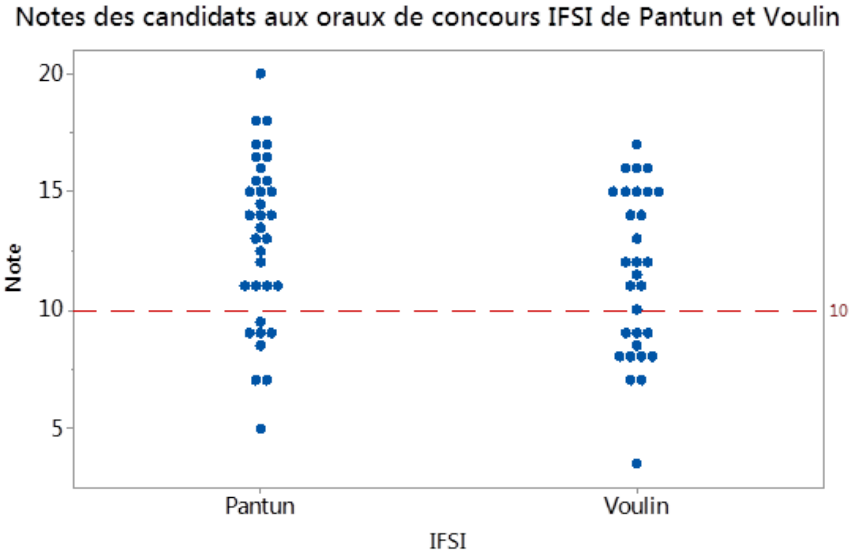
> *Premier après-midi des oraux à Voulin. Pauline [la directrice adjointe chargée de l'organisation des épreuves du concours] présente le déroulement des épreuves aux membres du jury. Elle insiste sur l'évaluation des « capacités des candidats à suivre la formation », puis elle ajoute : « Si vous avez un doute, n'hésitez pas à mettre une note éliminatoire, même lorsque seulement deux membres du jury ne le sentent pas. Dans les années précédentes nous sommes descendus très bas sur la liste complémentaire ».*
>
> *(Notes de terrain, jury 1, IFSI de Voulin)*

Pauline rappelle cela au début de chaque nouvelle journée. Elle insiste : « *On vous demande de vous positionner et de ne pas hésiter à mettre des notes éliminatoires* »[8]. La distribution des notes des candidates pour les oraux observés confirme cette mécanique (voir Figure 4). Pour chacun des IFSI, les notes des candidates sont bien réparties[9]. Il ne s'agit donc pas de favoriser certaines candidates qui seraient jugées particulièrement « bonnes ». À l'issue de l'épreuve orale, en 2014, 264 candidates seront admises sur les listes principales et complémentaires à l'IFSI de Voulin et 217 à l'IFSI de Pantun. Cela correspondant respectivement à l'admission potentielle de 56% et de 78% des candidates. Les IFSI de Voulin et de Pantun disposent respectivement de 150 et 100 places[10]. À

8. ↑Notes de terrain, jury 2, IFSI de Voulin.
9. ↑Il en va de même lorsque l'on s'intéresse à la répartition des notes selon l'âge, le sexe ou le parcours de la candidate. Ces graphiques sont consultables en annexe.
10. ↑A Pantun, le concours est commun avec un autre IFSI qui dispose de 50 places en première année.

Pantun toutes les candidates de la liste complémentaire ont été acceptées. À Voulin, nous ne disposons pas du chiffre exact, mais il semble qu'une majorité des candidates de la liste complémentaire aient été rappelées pour compenser les désistements de la liste principale.

FIGURE 4 – Distribution des notes par IFSI. Observations des oraux des concours d'entrée des IFSI de Voulin et Pantun en 2014, pour respectivement 30 et 34 candidates.



Ainsi, la sélection à l'entrée de la formation infirmière ne fonctionne donc pas comme celle qui a lieu à la fin de la première année des études de médecine. En médecine, à peine 20% des candidats sont admis en deuxième année (HARDY 2005, p.18). En médecine, le processus de sélection favorise les étudiants issus des classes supérieures, il s'agit de recruter une « élite ». La sélection à l'entrée en IFSI ne procède pas ainsi. En effet, les origines sociales des étudiantes s'inscrivant en première année en 2014 sont hétérogènes [11]. Si les filles d'ouvriers et d'employés représentent un peu plus de la moitié des étudiantes admises en formation, cette population compte également près de 22% de filles de cadres (cf. Tableau 1) [12]. Ces proportions correspondent globalement à la répartition des hommes de la population française en 2015 (cf. Tableau 2). Il y a toutefois moins de filles d'ouvriers parmi les nouvelles entrantes en IFSI que d'ouvriers dans la population française. À l'inverse, il y a plus de filles d'employés dans la population des nouvelles entrantes en IFSI que

Les candidates émettent alors un vœux, pour l'un des deux IFSI au moment de l'admission. Cependant, ces vœux ne sont pas contraignants. Être admise au concours dans un IFSI permet de prétendre à un recrutement dans un autre IFSI qui n'aurait pas atteint son quota.

11. ↑Ces données sont issues de l'Enquête École, réalisée tous les ans auprès des établissements de formation aux professions de santé (CASTÉRAN-SACRESTE 2016).

12. ↑Nous avons retenu la catégorie socioprofessionnelle du père des étudiantes.

TABLEAU 1 – Répartition des nouvelles entrantes en IFSI en 2014 selon la catégorie socio-professionnelle du père.

Catégorie socioprofessionnelle * du père	**Proportion d'étudiantes en soins infirmiers (%)**
Agriculteurs	3.2
Artisans, Commerçants et chef d'entreprise	12,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	21,9
Professions intermédiaires	9,3
Employés	30,1
Ouvriers	21
Personne n'ayant jamais travaillé	1,9
Total	100

Source : DREES, Enquête Ecole 2014

* Pour les pères retraités ou sans activité, il s'agit de la dernière profession/catégorie socioprofessionnelle exercée.

d'employés dans la population française. Notons également la nette sous-représentation des filles de pères « profession intermédiaire » parmi les nouvelles entrantes en IFSI. Le concours d'entrée en IFSI ne discrimine donc pas fortement les candidates selon leurs origines sociales.

Le fait que le concours d'entrée en IFSI ne sélectionne pas une « élite » est aussi visible dans les filières de baccalauréat des nouvelles entrantes. Précisons que ce diplôme est obligatoire pour se présenter au concours. Pour les candidates qui passent les épreuves de sélection durant leur année de terminale, l'admission dans l'IFSI est subordonnée à l'obtention du baccalauréat [13]. Toutefois, ce niveau minimal n'est pas synonyme d'homogénéité. Cela apparaît de manière flagrante dans la comparaison avec les étudiants en formation paramédicale de niveau équivalent [14]. Ainsi, alors que l'ensemble des autres formations

13. ↑Il existe toutefois une procédure dérogatoire pour les personnes pouvant justifier de trois années d'exercice professionnel dans le domaine sanitaire et social ou bien de cinq années dans les autres domaines. Ces personnes doivent alors passer une première séries d'épreuve de pré-sélection, organisées par l'ARS. Ces épreuves, évaluées par des directrices d'IFSI et des cadres formatrices, consistent en la présentation d'un dossier complet justifiant des expériences professionnelles et de la motivation de la candidate, ainsi qu'en une épreuve écrite de résumé de texte. La réussite de cette pré-sélection autorise alors la candidate à passer les épreuves du concours de « droit commun ».

14. ↑Les formations paramédicales de niveau équivalent sont les formations de masseur-kinésithérapeute, de pédicure podologue, de manipulateur en électro-radiographie médicale et d'ergothérapeute, toutes reconnues de niveau II, soit l'équivalent d'une licence (Bac+3).

Si ces formations accueille majoritairement des femmes – elles représentent respectivement 52% des étudiants masseurs-kinésithérapeutes, 64% pour les pédicures podologues, 62% des manipulateurs en électro-radiographie, et 87% des ergothérapeutes – nous avons fait le choix de conserver une dénomination masculine, dans la mesure où elles sont, en moyenne, nettement moins féminisées que la formation infirmière.

Tableau 2 – Répartition de la population française masculine en 2015 par catégorie socioprofessionnelle

Catégorie socioprofessionnelle	**Hommes (effectifs)**	**Hommes (%)**
Agriculteurs exploitants	318 762	2,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 312 066	8,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 867 333	18,6
Professions intermédiaires	3 452 974	22,4
Employés	2 101 300	13,7
Ouvriers	5 331 777	34,7
Total **	15 384 212	100

Source : Insee, Recensement Population 2015 exploitation complémentaire.

**Pour faciliter les comparaisons avec l'Enquête Ecole nous avons exclu de l'ensemble de la population les retraités et personnes sans activité professionnelle.

accueillent très majoritairement des étudiants détenteurs d'un baccalauréat scientifique, seulement un tiers des étudiantes entrant en IFSI est issu de cette filière (cf. Tableau 3). L'autre filière la plus représentée est la filière Sciences et Technologies de la Santé et du Social (ST2S). Les étudiantes issues de cette filière technologique représentent un peu plus du quart des nouvelles entrantes en IFSI. Il faut souligner que cette filière est présentée comme concernant « *les élèves qui souhaitent évoluer dans le secteur social et paramédical* » [15]. Notons tout de même que les proportions de bachelières issues des filières S et ST2S se semblent s'être inversées depuis le rapprochement de la formation infirmière avec l'université. En 2004, la proportion de nouvelles entrantes en IFSI détentrices d'un bac S était d'un peu plus d'un quart, tandis que les nouvelles entrantes issues de la filière ST2S représentaient environ 31% de l'ensemble des nouvelles entrantes. Sur ce point, il semblerait que le rapprochement avec l'université permet aux IFSI d'attirer plus de publics issus de filière scientifiques [16]. Pour autant, la sélection à l'entrée des IFSI ne discrimine pas particulièrement les candidates en fonction de leur filière de baccalauréat. C'est ce que montre bien Romuald Bodin et Sophie Orange lorsqu'ils dessinent « l'espace de l'enseignement supérieur selon la

15. ↑Site internet de l'Onisep, http ://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Au-lycee-au-CFA/Au-lycee-general-et-technologique/Les-bacs-technologiques/Le-bac-ST2S-sciences-et-technologies-de-la-sante-et-du-social, Publication du 29 mars 2017.

16. ↑De manière plus générale, les étudiantes issues de filières générales représentent 58,8% de l'ensemble des nouvelles entrantes en IFSI en 2014, alors que la même année les bacheliers issus de filières générales représentent 48,5% de l'ensemble des bacheliers (Enquête Repères et Références Statistiques 2015, Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP), Ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et de la recherche).

Tableau 3 – Comparaison des nouvelles entrantes en IFSI et des nouveaux entrants en formation paramédicale de niveau II en 2014, selon la filière de baccalauréat

Baccalauréat	**Etudiantes en soins infirmiers (%)**	**Autres Étudiants en formations paramédicales de niveau II (%)**
Série Littéraire	7,3	1,4
Série Economique et Sociale	18,3	4,8
Série Scientifiques	33,2	85,7
Série Sciences et Technologies Industrielles	1,1	0,4
Série Sciences et Technologies de Laboratoire	2,3	1,9
Série Sciences et Technologies du Management et de la Gestion	7,2	0,6
Série Sciences et Technologies de la Santé et du Social T2S	26,3	4,8
Baccalauréat professionnel	4,5	0,3
Total ***	100	100

Source : DREES, Enquête Ecole 2014

*** Pour faciliter la lecture l'ensemble n'inclut pas les séries de baccalauréat suivantes : Sciences et Technologies de l'Agronomie et de Vivant (STAV), hôtelleire , Techniques de la Musique et de la Danse (TDM), ni les baccalauréats étrangers. Les proportions pour chacune de ces modalités sont comprises entre 0 et 0,5 %.

composition scolaire des formations ». Les IFSI font alors partie des « formations sélectives [qui] présentent dans leurs publics une surreprésentation de bacheliers en retard ainsi que de bacheliers technologiques et professionnels » (Bodin, Orange 2013, pp. 28-29).

Ainsi, le mécanisme de sélection à l'entrée en IFSI ne correspond pas au recrutement d'une élite, qu'elle soit scolaire ou sociale. Cela ne signifie pas pour autant, que n'importe qui peut devenir infirmière[17].

17. ↑Remarquons que le concours d'entrée en IFSI n'opère pas non plus de sélection selon le genre des candidates. En 2014, la proportion de candidatures masculines était de 17%, ce qui correspond à la proportion de candidatures masculines admises à l'issue des épreuves, d'après les données issues de l'Enquête Écoles pour l'année 2014 (Castéran-Sacreste 2016).

4.2 Les cadres formatrices garantes du recrutement des futures étudiantes

4.2.1 Des critères de recrutement formalisés

Les cadres formatrices recrutent des étudiantes pour qu'elles soient en mesure de répondre au mandat attribué par l'État au groupe professionnel infirmier : être une professionnelle responsable de la santé du patient dans sa globalité. Les cadres formatrices veulent s'assurer qu'une candidate particulière pourra répondre positivement à ce mandat et organisent les épreuves en fonction de cela.

La première épreuve écrite, d'une durée de deux heures, est dite de « culture générale ». Elle consiste en l'étude d'un texte relatif à l'actualité dans le domaine sanitaire et social [18]. Les candidates doivent alors répondre à trois questions portant sur leur compréhension du texte ainsi que sur l'analyse et l'argumentation de certains points plus précis du texte. Les sujets sont élaborés par les équipes pédagogiques des IFSI [19], la correction semble parfois être déléguée à des professeurs de français ou à des organismes privés [20]. Les équipes pédagogiques des IFSI leur fournissent alors une grille de correction [21]. La seconde épreuve écrite, d'une durée de deux heures également, se présente sous forme de « tests d'aptitudes ». Il s'agit d'exercices de logique [22], d'attention et d'observation, ou bien d'organisation [23], qui ont pour but d'évaluer les « *capacités de raisonnement logique et analogique, d'abstraction, de concentration, de résolution de problème et les aptitudes numériques* » [24]. Cette épreuve est une façon standardisée d'évaluer les capacités des candidats à suivre la formation et d'opérer une sélection. Elle offre des garanties d'objectivité dans la mesure où

18. ↑Les thématiques abordées sont très larges, elles peuvent concerner aussi bien la santé publique (obésité, tabagisme par exemple), des questions sociales (logement, exclusion, immigration par exemple), des questions démographiques (vieillissement, natalité par exemple) ou encore des questions relatives à certaines populations spécifiques (autistes, handicapés par exemple). Les textes sont en général issus de la presse généraliste (*Le Monde*, *Libération*, *Paris-Match* , etc.).

19. ↑Nous entendons par équipe pédagogique des cadres formatrices et des membres de la direction.

20. ↑C'est le cas à l'IFSI de Voulin où nous avons enquêté. Ce recours est alors justifié par le nombre important de candidates qui se présentent à ces épreuves de sélection (1 286 en 2014).

21. ↑N'ayant pas eu accès à cette grille dans les IFSI où nous avons réalisé nos observations, nous émettrons ici seulement quelques hypothèses sur l'objectif des épreuves écrites de manière générale, à partir de la formulation des sujets et des propos de cadres formatrices rencontrées.

22. ↑Il s'agit par exemple de trouver l'intrus dans une suite de mots, de donner l'élément manquant dans une suite de nombres, de cartes ou de dominos, de séries graphiques, ou encore d'épreuves de type « mastermind ».

23. ↑Il s'agit par exemple, de reconstituer un emploi du temps pour une personne qui a participé à une fête du cinéma dans lequel plusieurs films sont projetés différents jours, dans des lieux différents, et ont des durées différentes. Une liste d'indices est donnée à la candidate qui doit procéder par déduction logique (cf. exemple de sujet en annexe E, 263).

24. ↑Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier, Article 15.

ces résultats ne dépendent pas des évaluateurs. La préparation de cette épreuve est bien souvent déléguée à un organisme spécialisé dans la production de ces tests. La directrice de l'IFSI nous explique qu'ils servent à évaluer différentes aptitudes qui seraient nécessaires à l'exercice infirmier :

> *il y a des aptitudes numériques, parce que, nous [en tant qu'infirmière], il faut savoir compter. Il y a des aptitudes verbales, parce qu'il faut savoir aussi le sens des mots et tout. Et puis il y a surtout une épreuve de raisonnement, qui est difficile, et d'organisation. Parce que pour être infirmière, il faut être capable de gérer un secteur d'activité, il faut être multitâche et tout. Et dans les tests on... on voit bien que les gens ont beaucoup de difficultés à être multitâche. Il faut comprendre des énoncés à plusieurs entrées [...] C'est intéressant, mais c'est dur, il y a plein [de candidates] qui y arrivent pas à la finir l'épreuve d'organisation.*
>
> *(Solène, Directrice de l'IFSI de Voulin)*

L'utilité de ces tests est revendiquée au nom de la nécessité de posséder certaines capacités pour pouvoir exercer en tant qu'infirmière. Précisons toutefois que la fiabilité des prédictions issues des résultats de ces tests sur le devenir des candidates est loin d'être assurée (Eymard-Duvernay, Marchal 2000, pp.421-422). Il s'agit avant tout de trouver des critères objectifs qui permettront de réduire les incertitudes sur le recrutement de telle ou telle candidate, de s'assurer à travers la série de tests et l'épreuve de culture générale qu'elle a un niveau minimum et qu'elle peut donc prétendre à passer l'épreuve l'orale.

L'épreuve orale « *est destinée à apprécier l'aptitude [de la] candidat[e] à suivre la formation, ses motivation et son projet professionnel* »[25]. Cette épreuve, dont la durée ne peut excéder trente minutes, se déroule devant un jury composé de trois personnes : une cadre formatrice exerçant en IFSI, une cadre de santé issue du groupe professionnel infirmier exerçant en service de soin, et « *une personne extérieure à l'établissement formateur, qualifiée en pédagogie et/ ou psychologie* »[26]. Cette épreuve se déroule en deux parties. Dans la première, les candidates doivent présenter une réflexion argumentée et personnelle à partir d'un court texte ou d'une question d'ordre sanitaire et sociale. Les thèmes abordés semblent aussi variés que ceux de l'épreuve écrite de « culture générale ». Pour les épreuves observées, ces thèmes portaient par exemple sur l'alimentation biologique dans les cantines scolaires, le gaspillage alimentaire, la liberté d'expression, les jeux-vidéo et l'évolution des joueurs, le vieillissement de la société ou encore la chirurgie esthétique[27]. À l'issue de la

25. ↑Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier, Article 16.
26. ↑Arrêté du 31 juillet 2009, *ibid.*
27. ↑L'ensemble des sujets sont consultables en annexe F, p.267.

présentation, les membres du jury peuvent poser quelques questions s'ils souhaitent que la candidate développe ou éclaircisse l'un ou l'autre point. Cette partie de l'épreuve est, au demeurant, assez courte. La seconde partie de l'entretien est consacrée à la présentation du parcours et des motivations de la candidate. Elle se déroule sous la forme d'un échange de question/réponse entre la candidate et les membres du jury. Pour évaluer les candidates lors de cette épreuve, les équipes pédagogiques des IFSI définissent les « aptitudes » et les « capacités » dont une candidate doit faire preuve. Elles organisent, en amont des épreuves orales, des réunions de travail pour mettre au point des documents – nommés « *grille d'évaluation* » à Pantun et « *outil d'aide à la décision* » à Voulin – sur lesquels les membres des jurys pourront prendre appui pour réaliser les évaluations. Il s'agit de listes de critères qui doivent permettre de justifier la décision. Nous regrouperons ces critères en trois grandes catégories : les « *capacités de raisonnement* », les « *capacités au care* » et les « *capacités d'engagement* » [28]. Ces trois catégories font plus ou moins directement référence aux aptitudes nécessaires pour assurer un exercice infirmier de qualité, tel qu'il est défini par l'État. Elles font partie d'un travail d'argumentation qui vise à justifier la sélection des candidates en référence à l'activité infirmière.

La cadre supérieure de santé en charge de l'organisation des concours à l'IFSI de Voulin nous explique ce qu'elle entend par « *capacités de raisonnement* » :

> *Parce que on se rend bien compte, normalement c'est le niveau bac, mais on voit bien une différence dans le raisonnement et dans la façon de... comment je pourrais dire, de raisonner complexe en fin de compte. Avec plusieurs données, est-ce que [la candidate] est capable de prendre un petit peu tout et de, de raisonner ou alors [elle] est assez, je dirais, simpliste. C'est pas du tout péjoratif. Et [elle] n'arrive pas à... à raisonner complexe voilà.*
>
> *(Pauline, cadre supérieure de santé, IFSI de Voulin)*

Ce critère est semblable à ceux utilisés pour les épreuves écrites. Il s'agit de recruter des candidates qui soient « *cortiquées suffisamment. Il faut des gens tiennent la route* », qui « *ne [vont] pas faire n'importe quoi [une fois auprès des patients]* » [29]. Cette catégorie de critères renvoie à la rhétorique de l'expertise infirmière telle qu'elle est définie par les cadres formatrices. Pour former des infirmières qui seront capables de surveiller le travail réalisé par les médecins, il faut recruter des candidates qui aient des capacités de raisonnement suffisantes. C'est seulement ainsi que les futures infirmières seront en mesure de tenir leur

28. ↑Il s'agit de catégories indigènes et non d'un travail de conceptualisation sociologique. Nous les conservons dans la mesure où ce qui fait l'objet de notre attention ici se sont précisément les justifications produites par les cadres formatrices.

29. ↑Notes de terrain : cadre d'unité, Jury 5, IFSI de Voulin et cadre d'unité, Jury 2, IFSI de Pantun.

rôle de garante de la santé des patients. L'évaluation de ces « *capacités de raisonnement* » est réalisée à partir de la première partie de l'entretien. Cet exercice d'argumentation s'apparente, à première vue, à un exercice scolaire assez classique. Il s'agit en effet de lire un texte et d'en présenter les principales idées de manière structurée. Toutefois, l'importance de cet exercice, doit être relativisée. Des candidates dont l'exposé est jugé « *peu structuré* », peuvent tout de même être acceptées en formation avec de très bonnes notes. Rater cet exercice n'est pas rédhibitoire. L'une des candidates – qui a suivi un parcours scolaire dans la voie professionnelle et a obtenu un baccalauréat dans le secteur des services à la personne – présente ses idées de manière très succinctes lors de l'oral. Lors des délibérations, la cadre de santé s'interroge sur les capacités de cette candidate à suivre la formation. Le cadre formateur lui répond :

> *Elle comprend les questions. C'est important, parfois certains ne comprennent rien, ils donnent l'impression qu'on parle chinois. Les gens avec des petits niveaux peuvent travailler très bien. Ça serait dommage de la laisser partir.*
>
> *(Candidate 4, jury 7, IFSI de Pantun)*

Ce n'est pas l'exercice d'argumentation en lui-même qui sert à évaluer les « capacités de raisonnement ». Comprendre les questions est jugé suffisant pour permettre à la candidate d'entrer en formation. Il ne s'agit donc pas de recruter une « élite ».

La nécessité de faire preuve de « capacités au care » nous est expliquée par une autre cadre formatrice :

> *Nous, on est dans une formation on va être sur l'humain donc je pense que avoir des qualités humaines c'est, quand même, on va dire... une des bases. Une personne qui serait vraiment centrée que sur elle-même – mais ça normalement en sélection on le dépiste – qui ne serait pas ouverte aux autres et puis qui serait, qui aurait des valeurs non compatibles avec... ce qu'on attend de quelqu'un qui va s'occuper de tout le monde quoi.*
>
> *(Émilie, cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

Le *care* est entendu dans une acception large, comme une capacité à se soucier de l'autre, de manière générale (Molinier *et al.* 2009). Là encore, c'est le rôle de l'infirmière qui détermine les capacités que doit posséder la candidate. Pour exercer, les infirmières doivent prendre en charge les patients quelles que soient leur origine, leur situation, leur orientation sexuelle ou encore leur âge. Lors des oraux, la capacité à se soucier de l'autre est évaluée à partir d'éléments fournis à la fois dans la première et dans la seconde partie de l'entretien. Par exemple, lorsqu'un sujet porte sur le gaspillage alimentaire, la candidate

a relevé les pratiques des supermarchés qui jettent de grandes quantités de produits qui ne peuvent plus être vendus mais qui sont encore comestibles. La cadre formatrice souhaite que cette candidate développe ses idées à propos des solutions qui existent pour limiter le gaspillage dans ce cas. La candidate explique qu'ils pourraient améliorer la gestion de leurs stocks :

> ***Cadre Formatrice [CF]*** *« C'est réaliste selon vous ? »*
> *La candidate ne répond pas.*
> ***CF*** *« C'est votre avis qui m'intéresse. »*
> ***Candidate 4 [C4]*** *« Ben il faudrait faire en fonction de ce que l'on gaspille. »*
> ***CF*** *« Oui mais les supermarchés, plus ils proposent, plus ils ont de chances de vendre, pourquoi achèteraient-ils moins ? »*
> ***C4*** *« C'est bon pour leur enseigne, pour leur image de moins jeter. »*
> ***CF*** *« A condition que ça se sache. »*
> ***C4*** *« Ils le font passer dans les médias. »*
> ***Psychologue [P]*** *« Dans les supermarchés, si l'anticipation ne fonctionne pas, que peuvent-ils proposer d'autre ?*
> ***C4*** *« Ils peuvent redistribuer les produits dans d'autres enseignes. »*
> ***P*** *« Et dans une direction plus solidaire ? »*
> ***C4*** *« Ils peuvent les donner à des associations, comme les Restos du cœur. »*
> ***Cadre d'unité*** *« C'est ça ! »*
> ***CF*** *« C'est une solution. »*
> *Les deux cadres semblent soulagées que la candidate ait enfin donné cette solution.*
> ***P*** *« Vous êtes restée sur le côté très financier... »*
>
> *(Candidate 4, jury 9, IFSI de Pantun)*

Le souci de l'autre, est ici évalué par rapport à des pratiques de solidarité qui n'ont rien à voir avec le monde du soin. Ne pas penser aux pratiques solidaires, et par extension aux bénéficiaires de ces activités, est alors perçu comme une potentielle inaptitude au care et entraînera l'élimination de la candidate. Toutefois, ce type de discours rédhibitoire est le seul que nous ayons rencontré de façon aussi nette. Ce critère semble pouvoir renvoyer à de très nombreuses situations. Lors des délibérations un cadre formateur dira d'une candidate :

> *« je la vois bien aller faire des animations à Noël dans les maisons de retraite. »*
>
> *(Candidate 3, jury 6 IFSI de Pantun)*

Les « *capacités au care* » ne sont donc pas nécessairement présumées en situation de travail. Les animations en maison de retraite ne relèvent pas du rôle des infirmières.

En revanche, pour devenir infirmière et répondre positivement au mandat en prenant les patients en charge dans toutes leurs dimensions, il faut pouvoir, *a minima*, faire preuve de « *care* ».

Enfin, la troisième série d'arguments porte sur les « *capacités d'engagement* ». Il s'agit d'évaluer la volonté des candidates d'exercer le métier. C'est ce que laisse entendre un article, publié sur le site internet de l'IFSI de Voulin à destination des candidats à l'oral du concours. Il est l'occasion pour la directrice de souhaiter que « *la formation soit pour chaque étudiant la réponse à un vrai choix et particulièrement celui de la construction d'un métier futur* ». Les cadres formatrices opposent alors choix d'un métier et occupation d'un emploi :

> *[Les candidats] nous disent honnêtement souvent « ben on vient parce qu'on sait que pour l'instant il y a pas, il y a pas encore, il y a pas de chômage. » Mais s'ils restent uniquement sur ce critère-là, bon, c'est peut-être un peu juste mais... bon avec des recoupements on voit quand même si, si l'étudiant il a d'autres aspirations quand même que le, que la situation.*
>
> *(Monique, Cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

L'essentiel serait alors que le choix soit guidé par un « désir de métier » (Osty 2002). Ce qui est en jeu, ce n'est pas seulement le fait de recruter des candidates qui ont les capacités pour être de bonnes infirmières. Ce qui importe également, c'est qu'elles puissent rester dans le métier et pour cela, nous disent les cadres formatrices, il faudrait qu'elles soient prêtes à s'engager. Cette « *capacité* » est ce qui permet aux infirmières « d'accomplir un travail irréductible à une technique et [d']offrir les "garanties morales" nécessaires » (Dubet 2002, p. 33). Cette capacité d'engagement est, elle aussi, présumée à partir des éléments énoncés par les candidates dans la seconde partie de l'épreuve orale, lorsqu'elles présentent leur parcours. Cette seconde partie est introduite de façon similaire dans l'ensemble des jurys, par une question ouverte du type : « *Qu'est-ce qui vous a conduit devant nous aujourd'hui* »[30]. Toutefois, les parcours des étudiantes qui entrent en IFSI sont, là encore, variés. Si l'une des conditions pour se présenter au concours est d'être âgée d'au moins 18 ans au 31 décembre de l'année au cours de laquelle les étudiante passent les épreuves, les nouvelles entrantes en IFSI sont loin d'être toutes recrutées en formation initiale. Près de 15% des étudiantes qui entrent en IFSI en 2014 ont entre 31 et 50 ans (cf. Tableau 4). Cette proportion apparaît particulièrement élevée au regard de la proportion d'étudiants de cette tranche d'âge admis dans les autres formations paramédicales de

30. ↑Cadre d'unité. Notes de terrain, C1, Jury 2, IFSI de Voulin.

Tableau 4 – Comparaison des nouvelles entrantes en IFSI et des nouveaux entrants en formation paramédicale de niveau II en 2014, selon l'âge

Âge	**Etudiantes en soins infirmiers (%)**	**Autres Étudiants en formations paramédicales de niveau II (%)**
< 20 ans	**36,1**	**32**
20-22 ans	**33,5**	**55,6**
23-25 ans	7,7	6,4
26-30 ans	8	2,8
31-50 ans	**14,5**	3,1
Total	100	100

Source : DREES, Enquête Ecole 2014

niveau équivalent (3,1%). Ces autres formations recrutent très majoritairement (87,6%) des étudiants âgés de 18 à 22 ans. Ces différences se retrouvent dans les situations antérieures à l'entrée dans l'établissement (cf. Tableau 5). Là où les autres formations paramédicales recrutent majoritairement (80,3%) des étudiants issus de formation préparatoire au concours ou de première année de médecine, la formation en IFSI recrute près d'un tiers de ses étudiantes parmi des personnes qui exercent déjà une autre activité professionnelle ou bien sont au chômage. Il y a donc une proportion importante de nouvelles étudiantes qui sont recrutées en IFSI suite à des réorientations professionnelles depuis un autre secteur, ou par la voie de la promotion professionnelle. Cette dernière concerne les aides-soignantes qui obtiennent le financement de leurs études d'infirmières par leur établissement employeur. Elles sont comptabilisées parmi les personnes qui exerçaient dans le secteur sanitaire social ou médico-social avant leur entrée en IFSI, sans toutefois recouvrir la totalité de cette modalité. La classification établie par Rémy Marquier pour les étudiantes en IFSI en 2004 semble toujours pertinente (Marquier 2006, p. 10). Elle fait état de quatre parcours antérieurs à l'entrée en IFSI : des étudiantes accédant directement à la formation infirmière soit après le baccalauréat ou bien après une formation préparatoire ; des étudiantes accédant à la formation après avoir réalisé d'autres études supérieures ; des étudiantes issues de la promotion professionnelle ; et enfin des étudiantes accédant à la formation après une réorientation dans la vie professionnelle. Ainsi, les « capacités d'engagement » ne renvoient pas non plus à un seul type de parcours.

La formalisation des critères de recrutement dessine une sorte d'idéal-type de la « bonne » candidate, qui pourra être une « bonne » infirmière. Pour autant, il n'existe pas

Tableau 5 – Comparaison des nouvelles entrantes en IFSI et des nouveaux entrants en formation paramédicale de niveau II en 2014, selon la situation avant l'entrée dans l'établissement de formation

Avant l'entrée dans l'établissement	**Etudiantes en soins infirmiers (%)**	**Autres Étudiants en formations paramédicales de niveau II (%)**
Études secondaires (niveau inférieur ou égal au bac)	**19,2**	6,8
Formation préparatoire	**34,3**	**54,6**
Première année de faculté de médecine	5,8	**25,7**
Études supérieures (hors prépa)	8,4	7,7
Emploi dans le secteur sanitaire, social ou médico-social	**16,7**	1,2
Emploi dans un autre secteur	**9,1**	2,8
Chômage	**6,8**	1,3
Total	100	100

Source : DREES, Enquête Ecole 2014

une seule « bonne » façon de faire preuve de « *capacités de raisonnement* », de « *capacités au care* » ou de « *capacités d'engagement* », c'est ce que nous disait un formateur lorsque nous l'interrogions à propos de la sélection à oral :

> *Alors vous définir le profil [recherché à l'oral], ça serait... [soupir] compliqué, de définir un profil, c'est quoi un profil ? Il n'y a pas de profil type.*
>
> *(Ronald, cadre formateur, IFSI de Voulin)*

L'enjeu au moment du concours, c'est de recruter des étudiantes qui s'engagent dans une formation généraliste et qui viendront, à terme, alimenter une profession composée d'une multitude de segments. Il n'existe donc pas une définition unique de ce qu'est la bonne infirmière, mais bien plusieurs. Si la formalisation des critères légitime la régulation du nombre d'étudiantes entrant en formation, elle ne permet pas d'objectiver le recrutement. C'est dans l'interaction entre les membres du jury que la décision va s'élaborer.

4.2.2 Jugement en interaction

Lors des délibérations, la cadre formatrice, la cadre d'unité et le psychologue, membres du jury, doivent parvenir à se mettre d'accord sur le cas d'une candidate en particulier. Interrogés à propos de leur rôle dans l'évaluation des candidates, les membres du jury nous ont décrit, à plusieurs reprises, une division du travail très clairement établie. A la cadre

formatrice reviendrait la tâche d'évaluer si la candidate possède les capacités pour devenir étudiante ; la cadre d'unité projetterait la candidate en tant que membre d'une équipe ; enfin le psychologue serait chargé de repérer d'éventuels troubles de la personnalité qui nuiraient au bon déroulement de la formation ou encore au bon exercice de la profession [31]. Pour autant, ces domaines d'évaluations spécifiques ne sont pas aussi stricts dans la pratique. Les membres du jury peuvent être amenés à donner leur avis sur des domaines qui ne relèvent pas du champ de compétence qu'ils définissent eux-mêmes a priori. Les cadres formatrices peuvent se prononcer sur la capacité d'une candidate à intégrer un collectif. Par exemple, à propos d'une candidate qui envisage de devenir, à terme, infirmière anesthésiste :

> *Cadre Formatrice « Elle peut nous les mater, les anesth [médecins anesthésistes], ça leur fera pas de mal. »*
>
> *(Notes de terrain, Pantun, C5 jury 2)*

Nous ne disons pas que cette évaluation seule suffit à être recrutée. Ce qui nous intéresse, c'est l'évaluation positive de la capacité de la candidate à s'intégrer dans un collectif de travail particulier, réalisée par la cadre formatrice. Elle n'émet donc pas uniquement un avis sur la capacité de l'étudiante à intégrer la formation. De même, les psychologues peuvent s'exprimer sur l'aptitude des candidats à suivre la formation :

> *Psychologue « Elle a des capacités de réflexion, elle ne fera pas n'importe quoi. »*
>
> *(Notes de terrain, Pantun, C2 jury 2)*

Nous pourrions multiplier les extraits de délibération pour montrer qu'il n'y a pas de divisions strictes entre les membres du jury dans le travail de recrutement. D'ailleurs, les documents qui servent de barème à l'évaluation – la « *grille d'évaluation* » ou « *l'outil d'aide à la décision* » – sont les mêmes pour les trois membres du jury. Chacun des professionnels formule donc un jugement sur la candidature dans sa totalité et non sur un aspect seulement. Pour parvenir à un accord, il n'est pas nécessaire que l'ensemble des membres du jury évalue exactement les indices fournis par la candidate de la même manière. Il suffit qu'il n'y ait pas de contradiction entre les membres. La décision s'élabore à partir des avis des trois membres du jury qui ne sont pas nécessairement d'accord au départ. Par exemple, une candidate explique lors de l'oral qu'elle a été « touchée » par le décès de

31. ↑Contrairement au concours de recrutement des gardiens de la paix (Gautier 2013), ici les psychologues ne disposent pas de tests psychométriques à analyser. Ils fondent leur jugement sur ce qu'ils perçoivent du candidat lors de sa prestation orale et dans ses réponses aux questions.

certains patients, lors d'un stage réalisé dans un service de médecine. Elle précise « j'ai vu que j'avais pas mal d'émotivité, il faut encore que je travaille dessus. »1. Elle explique son échec à l'oral, l'année passée, en disant que le sujet portait sur le décès, alors qu'elle venait de perdre son grand-père et sa cousine. Elle explique qu'elle a depuis été voir un psychologue « pour mieux pouvoir m'exprimer autour de la mort, sans pleurer ». De plus, lors de l'exposé de ses motivations, elle met en avant la naissance de sa sœur prématurée lorsqu'elle avait neuf ans. C'est comme cela qu'elle a rencontré la profession d'infirmière. Lors de la discussion la cadre formatrice lui demandera :

> ***Cadre Formatrice [CF]*** *« vous avez déjà une idée de ce que vous voulez faire plus tard ? »*
>
> ***Candidate 4 [C4]*** *« je sais que je ne veux pas travailler en pédiatrie ni à la maternité, je voudrais éviter les bébés malades ou les décès d'enfants. »*
>
> ***Psychologue [P]*** *« j'ai du mal à comprendre, c'est quand même le point de départ de votre vocation mais par la suite vous ne voulez pas y travailler ? »*
>
> ***C4*** *« ma sœur s'en est sortie vivante, mais il y a beaucoup de maladies et de souffrances dans ces services. »*
>
> ***P*** *« si vous voulez vous tourner vers l'humain il y a d'autres professions où on est moins confronté à la souffrance. »*
>
> *Lors de la délibération le psychologue reviendra dès le début de la discussion sur cet aspect :*
>
> ***P*** *« Elle est fragile. »*
>
> ***Cadre d'unité [CU]*** *« Moi non plus j'aurai jamais pu soigner les enfants. »*
>
> ***P*** *« Elle est sincère mais je me questionne sur ses contradictions. »*
>
> ***CF*** *« Elle est honnête, elle a fait un travail sur elle pour pouvoir se présenter. Elle est allée voir pourquoi elle avait échoué. Moi j'hésite pas. »*
>
> ***CU*** *« Elle s'est donnée les moyens pour se faire aider. »*
>
> ***P*** *« Sa démarche est bien, mais elle sera confrontée à la souffrance toute sa vie. »*
>
> ***CF*** *« Son honnêteté lui fera dire j'arrête la formation. »*
>
> *[...]*
>
> ***P*** *« Je mettrai une petite réserve quand même. Elle est capable de rebondir. Ça peut être délétère si... mais je lui laisserai sa chance parce qu'elle est capable de le faire. C'est votre expérience qui prime. »*
>
> ***CF*** *« Elle n'ira pas forcément jusqu'au bout mais elle a mis en place des choses pour être aidée. Elle sait qu'il y a des solutions par rapport à son émotivité. »*
>
> *[...]*
>
> ***P*** *« Je me range à votre avis, je suis dans l'incertitude. Faites selon votre expérience des autres étudiant[e]s. »*
>
> *Au terme de la délibération, la candidate sera finalement admise avec une note de 12 pour l'épreuve orale. Elle est donc jugée apte à entrer en formation.*
>
> *(Notes de terrain, C4, Jury 2, IFSI de Voulin)*

La psychologue accepte finalement les arguments de la cadre formatrice et de la cadre d'unité en reconnaissant leur « *expérience* ». C'est parce qu'elles travaillent avec des étudiantes à l'IFSI ou en stage, que les cadres sont plus aptes à évaluer les candidates. « Le jugement sur les compétences des candidats est soutenu par les compétences des recruteurs » (Eymard-Duvernay, Marchal 1997, p. 119). Ce ne sont pas les psychologues – y compris lorsqu'ils s'expriment sur leur propre champ d'expertise – qui établissent qui est apte ou non à entrer en formation. Lorsque les psychologues sortent de leur rôle – en voulant définir sans l'aval des professionnels si le candidat convient ou non – les cadres de santé leur rappellent la règle de façon plus ou moins brutale. Ainsi, pendant une session, alors que la cadre formatrice émet un avis nettement défavorable sur une candidature, le psychologue tente de faire valoir que ce projet est crédible et qu'elle « *parle en termes de valeurs humaines* ». Il sera alors assez brutalement contredit par la cadre formatrice qui mettra un terme à cette partie de la discussion en répondant « *j'ai pas entendu ça* »[32]. La discussion se poursuit au-delà de cet échange, la cadre formatrice obtiendra gain de cause. Il s'établit donc un « consensus temporaire » qui « n'implique pas tant que l'on s'accorde sur le réel que sur la question de savoir qui est en droit de parler sur quoi. » (Goffman 1973, p. 18). Ce qui compte finalement ce n'est pas tant que la candidate parle, ou non, en termes de valeurs humaines, c'est que le psychologue n'est pas apte à juger seul du fait qu'elle est apte à entrer en formation.

Le rôle des psychologues est toutefois loin d'être un rôle de figuration. Ils formulent des avis qui sont pris en compte et participent à la production du jugement, même si ce ne sont pas eux qui prennent la décision finale. Ils ont d'ailleurs un rôle important lorsque les cadres de santé ont des difficultés pour se mettre d'accord :

> ***Cadre Formatrice [CF]*** *« Alors le sujet ? »*
> ***Psychologue [P]*** *« C'était construit mais c'est pas le scolaire son point fort. »*
> ***Cadre d'unité [CU]*** *« Elle a beaucoup d'humanité mais elle aura des difficultés à l'école. »*
> ***CF*** *« Pourquoi est-ce qu'elle ne ferait pas aide-soignante, ça serait bien. »*
> ***P*** *« Elle rebondit dans l'échange, après le côté écrit peu poser problème. C'est le premier entretien mais elle m'a fait bonne impression. »*
> ***CU*** *« C'était bien ce qu'elle a dit à propos du cheval, c'était vraiment bien quand elle a dit qu'elle avait le pouvoir de conduire mais qu'elle ne mène pas tout. »*
> ***CF*** *« J'aurais envie de l'aider mais dans la formation on peut pas tout faire... elle se donnera les moyens si elle est en difficultés. Il faudra qu'elle accepte*

32. ↑Notes de terrain, C5, Jury 5, IFSI de Voulin

d'être aidée, mais par rapport à ça je pense qu'il n'y a pas de problèmes. »
P *« Elle est travailleuse et investie. »*
CF *« Ça suffit pas. Je pense qu'il faut qu'elle passe d'abord par aide-soignante, elle a 21-22ans, elle peut découvrir le métier par aide-soignante. On peut imaginer... je sais pas si par rapport à la charge de travail... »*
CU *« Elle a vraiment le sens de la relation. »*
CF *« Elle apprend de ses expériences et elle cherche à être reconnue. »*
P *« Sa démarche est cohérente, elle est intelligente, après son niveau scolaire est dur à estimer. Est-ce qu'elle y arrivera en première année... ? »*
CF *« Il y a des rattrapages jusqu'en fin de deuxième année, mais si ils ont encore des dettes de première année, ils ne passent pas en troisième année. Du coup le nombre de deuxièmes années augmente, ça nous inquiète. Les dettes les plus importantes c'est au niveau des connaissances, de l'anat[omie], de la physio[logie]... »*
CU *« C'est vrai que les connaissances c'est primordial. »*
CF *« Ils mettent l'accent sur l'analyse, ça risque de poser des problèmes... »*
P *« On la met dans la zone où on lui laisse une chance ? »*
CF *« Elle a le temps. »*
La cadre d'unité propose de mettre entre 10 et 14. Les deux autres sont d'accord.
CF *« Il n'y a rien de défavorable. »*

(Notes de terrain, Candidate 1, jury 2, IFSI de Voulin)

Les désaccords entre les deux cadres peuvent être analysés comme liés à leurs rôles respectifs. La cadre formatrice met en doute l'aptitude scolaire de la candidate. Cette dernière, issue d'un bac professionnel services en milieux ruraux, pourrait avoir des difficultés à suivre la formation. La cadre d'unité – qui travaille en oncologie – défend « *l'humanité* » de la candidate, sa « *capacité au care* » entendue comme une façon de ne pas s'imposer dans la relation avec les patients. Dans cet échange, le psychologue fait pencher la balance par des petites remarques qui abondent dans le sens de la cadre d'unité. Lorsque les avis des cadres de santé sont trop divergents, les arguments du psychologue peuvent aider à la prise de décision, dans un sens ou dans l'autre. Il faut souligner ici, que si les psychologues peuvent jouer ce rôle, c'est-à-dire si les cadres leur reconnaissent cette légitimité, c'est parce qu'ils appartiennent au monde du soin. En effet, sur les seize jurys observés, tous les psychologues travaillaient majoritairement dans des établissements hospitaliers en soins généraux ou spécialisés, ou dans des Établissements Hospitaliers pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)[33].

Ce rôle est toutefois complexe à tenir et nécessite un apprentissage. C'est particulièrement visible lorsque les psychologues ont peu d'expérience. Ils vont alors apprendre à jouer

33. ↑A l'occasion de ces oraux, nous avons toutefois rencontré une troisième membre du jury qui travaillait dans un lycée et qui étaient chargée de l'accompagnement à l'orientation des élèves.

leur rôle en écoutant les cadres de santé débattre à propos des candidats. Dans toutes les sessions que nous avons pu observer, tous les jurés avaient plusieurs années d'expérience, à l'exception d'une psychologue, jurée pour la première fois. Par rapport aux autres sessions, la psychologue participe globalement moins à la prise de décision.

> ***Cadre Formatrice [CF]*** *« Alors vos impressions ? »*
> *La cadre d'unité a trouvé « dérangeante » la présentation très carrée et le positionnement très centré sur elle-même de la candidate. Selon la cadre d'unité la candidate a aussi émis des « jugements de valeurs ».*
> ***Psychologue [P]*** *« Moi aussi j'ai trouvé qu'elle avait des positions tranchées. »*
> *La formatrice est d'accord avec elles par rapport au positionnement de la candidate.*
> ***Cadre d'unité [CU]*** *« C'est pour ça que je l'ai questionnée sur le travail en équipe. »*
> ***CF*** *« Moi aussi ça me questionne... après ses points forts et ses valeurs sont très bien. Au niveau de la motivation pas de souci, mais c'est quelqu'un de difficile à plier. » Elle se questionne sur sa confrontation avec un statut différent de celui qu'elle a actuellement.*
> ***P*** *« J'attends vos notes pour réajuster. »*
>
> *(Notes de terrain, candidate 2, jury 5, IFSI de Pantun)*

La psychologue laisse la cadre formatrice et la cadre d'unité débattre du cas de la candidate. Par rapport au verbatim précédent, elle n'expose aucun nouvel argument, se contentant éventuellement d'acquiescer lorsqu'elle est d'accord et d'ajuster sa note à l'issue de la discussion. Les membres les plus expérimentés apprennent aux plus novices à juger du « bon » candidat par l'exposition orale de leur avis. L'enjeu est de taille puisque la décision de recruter ou non un candidat est élaborée dans la négociation entre les trois membres du jury. On comprend dès lors l'importance de « fidéliser » les psychologues qui ont appris à évaluer les candidates en respectant leur rôle [34]. À l'inverse, dans le cas des psychologues qui ne joueraient pas le jeu, les cadres formatrices ont la possibilité de faire « *remonter les infos* » [35] auprès de la directrice adjointe en charge de l'organisation des épreuves. Ainsi, si les psychologues n'acceptent pas le rôle qui leur est attribué – ils participent à l'élaboration de la décision en laissant la décision finale aux cadres de santé – ils ne seront pas recontactés. Les cadres de santé doivent rester maîtresses de la décision finale dans la mesure où elles sont garantes du recrutement d'étudiantes qui pourront répondre positivement au mandat tel qu'il est défini par l'État.

34. ↑Les autres psychologues avaient tous plusieurs années d'expérience comme membre du jury de l'oral du concours.
35. ↑Laure, cadre formatrice IFSI de Voulin.

Les cadres formatrices cherchent à recruter des étudiantes qu'elles pourront former pour répondre au mandat donné au groupe professionnel. Ces étudiantes devront être capables de « surveiller » le travail des médecins, au sens de s'assurer qu'il ne présente pas de risque pour la santé des patients. Elles devront également pouvoir prendre soin de l'ensemble des personnes malades et entretenir avec elles des relations professionnelles. Pour cela, les cadres formatrices déterminent des critères de sélection qui justifient la régulation du nombre d'étudiantes accédant à la formation. Cependant, ces critères ne permettent pas d'objectiver la prise de décision. Il y a plusieurs façons d'être une « bonne » candidate. L'évaluation définitive, élaborée dans l'interaction entre les membres du jury, revient in fine aux cadres de santé. Elles sont les plus légitimes pour rendre le verdict. Comme il existe plusieurs façons d'être d'une « bonne » candidate, les cadres de santé vont présumer des candidates qui sont aptes.

4.3 Présomption d'incompétence

4.3.1 Les stratégies des candidates

L'épreuve orale est un exercice de « présentation de soi » (Goffman 1973), dans lequel la candidate ne doit pas rester à un niveau factuel, comme le précise cette cadre formatrice à la fin d'une session :

> *« Nous ce qu'on veut c'est que les candidat[e]s nous parlent [d'elles] »*
>
> *(Notes de terrain, Jury 3, IFSI de Voulin)*

Cela vaut pour l'argumentation du texte comme pour la présentation de son parcours. Lorsque c'est le cas pour l'argumentation, les membres du jury vont rappeler cette exigence dès les premières questions : « *et votre avis personnel* ? » [36] ou bien « « *vous en pensez quoi* ? » [37]. Dans la présentation du parcours, si la candidate reste descriptive, les relances du jury vont la pousser à préciser le lien entre son parcours et ses motivations : « *comment c'est venu au départ [cette envie de devenir infirmière]* ? » [38] ou bien « quel a été l'élément déclencheur » [39]. Interrogées sur leur orientation, les candidates donnent à voir les motifs de leur engagement vers le métier, au sens qu'Isaac Joseph donne à ce terme : « Un motif

36. ↑Cadre formatrice, première question de l'échange après la présentation de la candidate 4, jury 2, IFSI de Voulin.
37. ↑Cadre formatrice, deuxième question de l'échange après la présentation de la candidate 5, jury 1, IFSI de Pantun.
38. ↑Cadre d'unité, candidate 5, jury 7, IFSI de Pantun.
39. ↑Cadre d'unité, candidat 3, jury 8, IFSI de Pantun.

n'est pas la source subjective de l'action, mais un acte de langage qui s'inscrit dans un vocabulaire disponible pour les acteurs sociaux et leur permet d'interpréter une conduite. Un motif est d'abord une manière de répondre à une question portant sur ce que l'action a d'inattendu ou sur ses alternatives en présentant une excuse ou une justification. » (Joseph 1998, p. 28). Pour ce faire, elles vont mettre en avant des éléments concrets de leur biographie qu'elles recomposent au sein d'une intrigue (Ricoeur 1988). Les candidates qui se présentent à l'oral du concours savent qu'elles seront interrogées sur leur orientation vers le métier. D'après les textes, l'oral a explicitement pour but d'évaluer la « motivation » des candidates. Elles vont donc s'y préparer et produire des discours justifiant leur choix d'orientation. Il ne s'agit pas de dire que ces discours relatent effectivement la façon dont la candidate s'est orientée vers le métier. C'est le dispositif du concours et son anticipation par les candidates qui produisent ces discours. Pour expliquer leur choix d'orientation, les candidates mêlent différents types d'argumentation. Nous allons les examiner sans préjuger de leur efficacité dans un premier temps. Nous reviendrons sur ce point dans la dernière sous-partie (cf. infra. 4.3.2, p.153). Certaines candidates font valoir que leur choix comme un choix « depuis toujours », sur le mode de la vocation. Comme pour ce candidat, vendeur dans un magasin d'articles de sport au moment de l'oral :

> ***Cadre d'unité [CU]*** *« Pourquoi ce passage [de vendeur à infirmier] ? »*
> ***Candidat 5 [C5]*** *« J'ai pas eu les bonnes informations au moment de mon orientation. Ça a pas été super. J'envisageais le monde paramédical mais j'avais une vision du métier comme surtout féminin, et c'est pas passé auprès de mes parents. »*
> ***CU*** *« Qu'est-ce qui a fait le déclic ? »*
> ***C5*** *« Je suis allé au bout des choses, j'ai validé toutes les étapes de mon métier, je suis vendeur senior. Aujourd'hui je veux me réorienter pour suivre ma vocation, un accomplissement de moi. »*
>
> *(Notes de terrain, Jury 4, Candidat 5, IFSI de Pantun)*

Pour autant, il est rare que cette façon de présenter les choses soit utilisée seule. En effet, le recours à la vocation dispense de toute justification en ancrant l'orientation dans une volonté individuelle (Suaud 1975, p. 2), alors que l'exercice consiste justement à argumenter son choix. Les candidates ne peuvent donc pas se contenter d'en appeler à la vocation. Elles vont alors mettre en avant une certaine proximité avec le métier. Cette dernière peut être revendiquée à travers l'exercice professionnel de l'un des parents, très souvent la mère :

> *« C'est quelque chose de familial. Ma sœur est médecin généraliste. Ma mère*

est aide-soignante en psychiatrie. J'ai baigné dedans. »

(Notes de terrain, candidat 3, Jury 8, IFSI de Pantun)

Les parents étant « du milieu », ils pourraient participer à la socialisation de leurs enfants à la particularité du monde du soin. La rencontre avec le métier peut être le fait d'un travail estival dans une maison de retraite ou dans un hôpital. Cette rencontre peut aussi avoir été médiatisée par la maladie d'un proche, généralement les grands-parents, ou bien par la naissance d'un frère ou d'une sœur prématurée, comme c'était le cas d'une des candidates précédentes (*cf. supra.* 2.2, p.75 [C4, Jury 2, IFSI de Voulin]). Dans leur mise en intrigue les candidates peuvent mêler différents registres de justification. Un candidat, âgé de trente trois ans, détenteur d'un master II en sciences politiques et ayant travaillé pendant six ans en tant que pigiste, explique son choix de réorientation :

Je ne me destinais pas à ça en première intention, après mes études supérieures. Mais petit à petit j'ai été attiré par la santé. C'est un atavisme. Au lycée j'envisageais de faire médecine, ou autre chose dans le domaine, mais les maths ont eu raison de moi. Mais j'ai toujours eu ça en moi. [Il rit.] J'ai jamais été mal à l'aise à l'hôpital. J'ai eu une expérience de brancardier dans différents hôpitaux, aux urgences, au bloc pour remonter les patients. C'est un souvenir fort, c'est plus qu'un simple boulot d'été.

(Notes de terrain, Candidat 6, Jury 3, IFSI de Pantun)

La rencontre avec le métier peut aussi être l'objet d'une démarche volontaire au moment des choix d'orientation. Une candidate raconte qu'elle a rencontré la profession sur un salon de l'orientation :

Je suis dans une filière scientifique, spécialité SVT. À la base je voulais être sage-femme, et puis je suis allée à la nuit de l'orientation. Et quand j'ai dit que je voulais avoir un côté relationnel avec les parents, les patients et les proches, on m'a plus orienté vers infirmière puéricultrice. L'an dernier j'ai fait un TPE sur les prématurés, et donc j'ai pu faire un stage en néonat[ologie]. J'ai vu des préma et des professionnels.

(Notes de terrain, Candidate 2, Jury 9, IFSI de Pantun)

D'autres ont pu mettre à profit leurs réseaux de relations amicaux et familiaux pour discuter avec des professionnelles, comme cette étudiante que nous avons rencontrée :

Pour les oraux du concours j'ai rencontré plein de professionnels infirmiers ou cadres pour vraiment me, voir si ce que je pensais du métier c'était la bonne vision.

(Aurore, étudiante depuis six mois, IFSI de Voulin, promotion 2012-2015)

Les infirmières lui ont « *parlé de ce qu'elles faisaient* ». Ces démarches font partie de la préparation au concours. Ils leur parlent alors de leur quotidien et leur donnent des anecdotes basées sur des situations concrètes de soin. Toutes les étudiantes que nous avons rencontrées, nous ont raconté qu'elles avaient pris le temps de rencontrer des professionnelles ou, *a minima*, des étudiantes déjà en formation. Les candidates mettent donc en place des stratégies pour approcher le métier. Les stages d'observations ou les expériences professionnelles en font partie. Elles sont un moyen privilégié pour mieux connaître le métier. C'est ce que nous explique Agathe, une étudiante en première année qui a dû passer une deuxième fois le concours d'entrée en IFSI :

> *[La première fois] à l'oral à Frongy, je me suis faite recaler... comme une merde. [Elle rit.] J'étais trop jeune, j'avais pas la tête sur les épaules. Je savais pas où j'allais. J'avais aucune connaissance du métier. Ce qui, un an après, quand j'ai repassé les concours avec l'expérience que j'avais acquise en plus, m'a été beaucoup plus évident à digérer. Parce que je me suis rendue compte qu'en un an, j'avais pu voir énormément de choses. [...] en fait, c'est en sortant de ce stage [auprès d'une infirmière libérale, stage qu'elle a réalisé pendant son année de préparation au concours] que je me suis rendue compte que j'avais vraiment une fausse idée du métier à la base. Et que en fait, j'ai... plus aimé ce que j'ai vu en stage, avec donc une infirmière libérale, que ce dont j'avais la... l'impression avant. C'était, c'était totalement différent, enfin ça n'avait strictement rien à voir en fait.*
>
> *(Agathe, étudiante depuis cinq mois et demi, IFSI de Voulin, promotion 2012-2015)*

Toutes ces expériences permettraient de débuter un travail d'appropriation des normes professionnelles par anticipation. Ainsi, comme pour les femmes policiers, la formation débuterait dès la préparation au concours (Pruvost 2007, pp. 50-58). Cependant, la diversité des stratégies utilisées par les candidates interroge. Dans le contexte de l'épreuve orale – qui ne consiste pas à recruter les « meilleures » candidates, mais à éliminer les « moins bonnes » – existe-t-il des stratégies qui sont moins efficaces pour convaincre les membres du jury ?

4.3.2 Incapacité des candidates à s'approprier les « normes » professionnelles

Nous allons voir dans cette dernière partie que ce n'est pas la mise en intrigue en elle-même – ni la stratégie qui la soutient – qui est évaluée par les cadres de santé. Des mises en intrigue similaires ne donnent pas obligatoirement les mêmes résultats.

Présenter la rencontre avec la profession par le biais d'un proche, par exemple, peut mener à l'admission, comme l'élimination de la candidate. Ainsi, l'une des candidates explique que sa grand-mère a eu un cancer et qu'elle allait souvent la voir pour l'aider lorsqu'elle était malade. Lors de l'élaboration du jugement, les membres du jury diront qu'elle a déjà été confrontée à la maladie « *avec sa grand-mère, elle sait ce que c'est* » [40]. Mais si connaître un malade suffit à souligner une proximité avec le métier, dans ce cas tout le monde pourrait être recruté. Pourtant ce n'est pas le cas. Cette autre candidate, diplômée d'un Brevet de Technicien Supérieur en commerce international, a travaillé dans le marketing pendant plus d'une quinzaine d'année. Elle explique qu'elle a rencontré le métier par l'intermédiaire de soins qu'elle a administrés à ses proches : sa fille est née prématurée, sa mère a eu un accident vasculaire cérébral. Les cadres de santé expliqueront que le problème vient de ses motivations :

> ***Cadre formateur*** *« Elle ne m'a pas convaincu... à part qu'elle a beaucoup d'admiration... elle a fait peu de stages et son projet de travailler au bloc est construit à travers des émissions de télévision... »*
> ***Cadre d'unité*** *« Et le projet de puéricultrice est clairement lié à son vécu... »*
> *Cette candidate obtiendra la note éliminatoire de 9.*
>
> *(Notes de terrain, candidate 5, jury 6, IFSI de Pantun)*

Pour certaines candidates, souligner sa proximité avec le métier à travers son milieu familial, cela peut-être un atout, pour d'autres cela ne suffit pas. Une cadre formatrice dira ainsi d'une candidate qu'elle « *connaît le métier avec sa maman* » [41] qui est infirmière. Tandis que pour une candidate qui explique que sa mère et sa grand-mère ont été respectivement cadre de santé et infirmière, la cadre formatrice explique que cette filiation « *l'amène à ça* », que « *c'est une suite logique* », mais qu'elle « *manque de conviction* » [42].

De même, si la rencontre avec des professionnelles peut être valorisé, ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, deux candidates mettent en avant des expériences réalisées avec des infirmières libérales. Pour la première, La cadre d'unité explique qu' « *elle sait ce qu'elle veut [...] elle a son stage avec l'infirmière libérale comme expérience. Son projet est construit.* » [43]. Pour la seconde en revanche, les cadres de santé ne sont pas convaincues :

> ***Cadre d'unité*** *« c'est les infirmières libérales qui lui ont soufflé l'autonomie. Elle manque d'enthousiasme. Même par rapport à la danse ou à l'humanitaire, elle manque d'enthousiasme. »*

40. ↑Notes de terrain, candidate 5, jury 1, IFSI de Voulin.
41. ↑Notes de terrain, candidate 1, jury 2, IFSI de Voulin
42. ↑Notes de terrain, Jury 1, Candidate 3, IFSI de Voulin.
43. ↑Notes de terrain, candidate 1, jury 9, IFSI de Pantun.

> ***Cadre formatrice*** *« on la sent pas vibrer dans son projet. »*
> *La candidate obtiendra la note éliminatoire de 8.*
>
> *(Notes de terrain, candidate 3, jury 2, IFSI de Voulin)*

Peu importe, *in fine*, que les candidates aient effectivement rencontré des professionnelles ou non ; peu importe qu'elles aient effectivement mis en place des stratégies avant le concours. L'évaluation ne porte pas sur cela. D'ailleurs, lorsqu'une candidate est admise – elle obtiendra la note de 16/20 – la rencontre avec le métier est supposée par la cadre d'unité, alors même que la candidate n'en a pas parlé :

> *« elle a plus de capacités à imaginer la journée que l'autre. Elle a dû échanger avec des gens qu'elle a rencontrés. »*
>
> *(Notes de terrain, candidate 2, jury 4, IFSI de Voulin)*

Ce qui compte pour les cadres de santé – plus que d'évaluer la proximité effective des candidates avec le métier – c'est d'éliminer les candidates qui n'ont pas débuté, *a minima*, une appropriation des normes professionnelles. C'est cela qui est apprécié à travers la mise en intrigue, et plus généralement lors de l'ensemble de l'épreuve orale. Les candidates qui sont éliminées sont celles qui n'ont pas réalisé l'appropriation des normes professionnelles. Par exemple, lorsque les membres du jury questionnent une candidate sur sa connaissance du métier, notamment par rapport aux contraintes :

> ***Cadre d'unité*** *« Et par rapport au travail de nuit et les week-ends ? »*
> ***Candidate 1*** *« Ça me gène pas parce que j'ai pas de vie familiale, mais après ça gène peut-être plus. C'est pour ça que je veux être infirmière puéricultrice en crèche, c'est des horaires fixes et il n'y a pas de nuits, ni de week-ends ».*
>
> *(Notes de terrain, Jury 6, Candidate 1, IFSI de Pantun)*

Les membres du jury émettent un avis défavorable à propos de cette candidature. Ils inscrivent dans l'argumentaire que la candidate devrait plutôt devenir animatrice, auxiliaire de puériculture ou professeure des écoles. Pour les cadres de santé, la norme professionnelle de disponibilité horaire n'a pas été intégrée par la candidate. L'une des premières remarques du jury sera d'ailleurs de dire qu'elle veut « *une petite vie, sans contraintes* ». Ce qui n'est pas acceptable. Aspirer à devenir infirmière, suppose d'avoir conscience des horaires contraignants – qui sont la norme dans la profession – et de les accepter. Les cadres de santé cherchent à recruter des étudiantes qui, une fois diplômées, pourront être amenées à exercer partout, et pas uniquement dans des postes aux horaires très particuliers.

Une autre configuration montre bien cette nécessité de s'approprier les normes professionnelles. C'est celle des candidates qui se sont orientées vers des études de médecine dans un premier choix et qui passent le concours d'infirmière dans un deuxième temps, à la suite d'un échec. Prenons le cas d'un candidat et d'une candidate, auditionnés par le même jury. Tous deux ont suivi leur première année de médecine jusqu'à son terme et n'ont pas été retenu dans le classement final. Le candidat présente son parcours comme orienté vers le domaine de la santé. Suite à son échec en médecine il a rencontré des infirmières et s'est inscrit dans une préparation au concours. Il a alors réalisé un stage dans une maison de retraite. Il raconte :

> *J'appréhendais [le travail en maison de retraite], mais je me suis occupé de personnes âgées, hommes et femmes, avec leur autorisation. Et j'ai vu que la toilette c'est un soin. Les personnes en ont besoin et il faut leur prodiguer. Les corps sont tous fait pareil, enfin on a tous les mêmes membres. J'ai fait seul la toilette d'une dame qui était un peu démente, c'était une expérience difficile mais qui m'a beaucoup apporté. On travaille dans la douleur et la souffrance. Mais en même temps il y a des ateliers l'après-midi en maison de retraite ou en centre de rééducation. [...] Prodiguer des soins c'est gratifiant, mais on a peu de reconnaissance dans les médias. Sur le site infirmier.com j'avais lu un article qui disait qu'on n'était pas infirmier pour le statut.*
> *Les membres du jury ont attribué à ce candidat la note de 17/20.*
>
> *(Notes de terrain, candidat 2, jury 5, IFSI de Voulin)».*

Le candidat explique qu'il a été surpris par la difficulté physique et le rythme du travail des soignantes dont il a partagé le quotidien. Les membres du jury remarquent qu'il est conscient des difficultés. La cadre formatrice dira qu'il « *a été mis dans le bain. On lui a pas fait de cadeau* ». Cette expérience a été bénéfique dans la mesure où elle a permis au candidat d'assimiler une norme professionnelle très importante, surtout au vu de son parcours : lorsque l'on est infirmier, il ne faut pas attendre une reconnaissance institutionnelle. Dans ce métier la reconnaissance vient avant tout des patients et finalement assez peu du salaire ou de l'image de la profession, contrairement à la profession de médecin.

À l'inverse, la candidate issue elle aussi de médecine, n'a pas su montrer qu'elle avait intégré cette norme professionnelle. Lorsqu'elle est questionnée sur les avantages et les inconvénients du métier, elle explique :

> ***Candidate 5 [C5]*** *« Les inconvénients ce sont les horaires, et puis le fait d'être toujours debout, il faut avoir de l'endurance, être solide psychologique. L'avantage c'est qu'on est bien rémunéré. »*
> ***Cadre Formatrice [CF]*** *« Vous trouvez ? »*

> ***C5*** *« On peut évoluer vite. J'ai posé la question à des étudiants en soins infirmiers. Ma sœur [qui est étudiante infirmière] gagne de plus en plus. Et puis l'argent n'est pas un problème. Ce qui me plaît c'est le contact avec les autres, les écouter. [...] Et puis on peut évoluer dans la carrière, et faire par exemple infirmier anesthésiste ou au bloc opératoire. »*
> ***CF*** *« [...] Pourquoi vous avez envie d'être infirmière, autre que pour la reconnaissance et pour pouvoir progresser ? »*
>
> *(Notes de terrain, Jury 5, Candidate 5, IFSI de Voulin)*

La candidate répète que ce qui est important c'est le « *contact avec le patient* ». Toutefois cela ne suffit pas à convaincre les cadres de santé. La cadre formatrice conclura lors de la délibération :

> *Elle est pas persuadée qu'elle veut être infirmière. C'est un métier difficile. Elle est beaucoup dans la progression et la reconnaissance sociale. Elle devrait retravailler son projet.*
> *A l'issue de la délibération, la candidate obtiendra la note éliminatoire de 8,5/20.*
>
> *(Notes de terrain, Jury 5, Candidate 5, IFSI de Voulin)*

Dans les deux cas, les cadres de santé insistent sur la difficulté du métier ainsi que sur la nécessité pour les candidats de ne pas trop attendre de reconnaissance sociale ou économique. Cette nécessité est valable pour tous les candidats, mais elle est particulièrement saillante chez les ex-étudiants de première année de médecine. Ces derniers sont toujours suspectés d'être là « *par défaut* », comme nous l'explique la cadre supérieure chargée de l'organisation du concours à l'IFSI de Voulin :

> *Ça nous pose plus de questions quand c'est des étudiants qui avaient le projet par exemple d'être médecins. Et qui ont commencé des études de médecine – alors on sait bien la problématique du nombre de places des étudiants de médecine – qui arrivent à l'institut par dépit. Parce que en fin de compte, ils sont dans les reçus/collés de médecine. C'est-à-dire qu'ils ont la moyenne, ils pourraient continuer à poursuivre les études de médecine, mais ils ne sont pas dans le numerus clausus. C'est-à-dire qu'ils n'ont pas une note suffisamment haute qui leur permettrait de continuer. Et là, on est beaucoup plus vigilants parce que c'est très très difficile. Le métier n'est pas du tout le même et ils sont toujours dans le regret de. Donc il faut vraiment qu'ils puissent nous montrer qu'ils en ont fait le deuil de cette, de ce métier. Puisque à l'heure actuelle il existe pas encore de passerelle entre le métier d'infirmier et, enfin entre être infirmier et être en formation médicale. [...] On est un petit peu vigilants. [...] Donc voilà il faut, tous les étudiants qui ne sont pas reçus en... en médecine, il y en a certains ils font de très bons infirmiers.*
>
> *(Pauline, cadre supérieure de santé, IFSI de Voulin)*

Les ex-étudiantes de médecine doivent être conscients qu'exercer en tant qu'infirmière ce n'est pas la même chose qu'exercer en tant que médecin. L'appropriation de cette norme professionnelle est aussi essentielle pour les autres candidates. Ainsi, lorsqu'une candidate fait le parallèle entre le métier d'infirmière et son expérience en tant que bassiste dans un groupe, elle explique que le bassiste doit « *être là pour faire tourner les choses, c'est du travail en équipe. C'est valorisé même si c'est pas au premier plan* ». Tout comme le bassiste, explique cette candidate, la place de l'infirmière dans le processus de soin n'est pas toujours la plus visible, mais elle est essentielle pour que le processus fonctionne correctement. Encore une fois cette comparaison a été jugée positivement lors des délibérations, la cadre de santé dit apprécier cette vision d'une personne « *en retrait, mais en même temps, là, présente* » [44].

Les candidates qui ne s'approprient pas, *a minima*, les normes du groupe professionnel sont alors présumées incapables de devenir des infirmières. Elles ne pourront pas supporter les horaires, ou bien elles ne pourront pas occuper la place de l'infirmière dans le processus de soin. Dans ce cas, elles ne doivent pas entrer en formation, parce qu'il sera impossible de les (trans)former pour qu'elles deviennent un jour des infirmières.

Conclusion du Chapitre

Le concours de sélection à l'entrée en IFSI est un mécanisme de sélection original dans la mesure où il ne vise à pas recruter une « élite » disposant de compétences jugées rares (Paradeise 1987). Les caractéristiques socio-démographiques des candidates entrant en IFSI sont diverses. Les candidates ont des origines sociales, des parcours scolaires et des âges différents. Nous avons montré que le recrutement des étudiantes en IFSI s'effectue sur une présomption d'incompétence. Les candidates qui sont éliminées sont celles qui n'ont pas débuté l'appropriation des normes du groupe professionnel infirmier. En éliminant ces candidates, les cadres de santé s'assurent que les étudiantes qui ne montrent pas les capacités à devenir des infirmières, n'entrent pas en formation. C'est donc en négatif qu'est régulée l'entrée dans la formation d'infirmière. Ce mode de sélection est lié au fait que la formation infirmière est une formation généraliste, qui vise à produire des étudiantes qui pourront en théorie exercer dans toutes les structures, dans toutes les unités et dans tous les modes d'exercice. Nous verrons dans les chapitres suivants, que la formation des étudiantes

44. ↑Notes de terrain, candidate 4, jury 10, IFSI de Pantun.

en soins infirmiers est traversée par une double dynamique : l'une est généraliste et portée pas des cadres formatrices à l'IFSI et l'autre est particulière et repose sur les professionnelles des équipes de soin.

Chapitre 5

Former des infirmières « en général »

Introduction

La formation à une activité professionnelle n'est jamais seulement réductible à l'apprentissage de connaissances et/ou de compétences, explique Everett Hughes. C'est aussi une initiation qui permet d'entrer dans un groupe particulier, qui possède ses signes distinctifs et ses problèmes particuliers (Hughes 1961, p. 341). Le temps des études fait partie d'un processus de conversion identitaire, d'une identité « profane » vers une identité « professionnelle ». Dans le cas de la formation des infirmières, nous avons expliqué dans la première partie de ce travail, l'enjeu que représente le maintien de l'unité du groupe professionnel pour les cadres formatrices. C'est en maintenant une formation commune, reposant sur des savoirs spécifiques, que les cadres formatrices défendent la juridiction des infirmières. Dans le chapitre précédent, nous avons vu que la sélection à l'entrée de l'IFSI se réalise en négatif, les cadres formatrices, aidées par les psychologues, éliminent les candidates qui ne sont pas jugées aptes à s'approprier les normes de la profession. Ce processus va se poursuivre au cours de la formation. Dans ce chapitre, nous verrons que lors des périodes d'apprentissage en IFSI, les étudiantes se voient proposer une façon de concevoir leur activité qu'elles devront ensuite mettre en pratique durant leurs périodes de stage. Nous montrerons que la transformation des étudiantes profanes en étudiantes futures professionnelles dépend de l'adaptation de la conception généraliste de l'activité aux spécificités de l'activité *in situ*.

5.1 Sensibilisation à l'exercice infirmier

5.1.1 D'une conception profane à une conception « institutionnelle [1] » de l'activité

Lorsque les étudiantes arrivent en IFSI, elles n'ont qu'une idée assez vague de ce en quoi consiste le métier. Pourtant, la très grande majorité des candidates se sont renseignés pour défendre leur projet lors de l'épreuve orale [2]. La source de ces renseignements a pu être très différente : infirmières ou étudiantes infirmières, faisant partie de la famille ou de réseaux de sociabilité plus élargis. Il a pu s'agir aussi de l'expérience d'une hospitalisation d'un proche en structure de soin ou à domicile. Certaines étudiantes ont eu la possibilité de réaliser des stages d'observation dans le cadre d'année de préparation au concours ou de formations antérieures en alternance de type BEP ou CAP. D'autres, enfin, ont pu obtenir des renseignements via un travail salarié en tant qu'agent de soin [3], souvent avec un statut de faisant fonction d'aide-soignant [4]. Les renseignements obtenus par ces différents canaux concernent les tâches réalisées par l'infirmière. Qu'elles leur aient été décrites ou qu'elles les aient observées, les étudiantes savent en général dresser une liste – non exhaustive – des principaux actes « *techniques* » réalisés par les infirmières. Elles connaissent parfois les différents types de soins « *curatifs, palliatifs ou préventifs* », bien qu'elles ne sachent pas toujours précisément à quoi ils correspondent. Les candidates peuvent également avoir connaissance des spécificités de l'organisation du travail et savent que l'infirmière est amenée à collaborer avec d'autres types de professionnels. Enfin, les candidates peuvent avoir eu accès aux rhétoriques professionnelles, autrement dit aux spécificités mises en avant par les professionnelles pour valoriser leur activité. Ces rhétoriques présentent très souvent l'activité comme un métier « *relationnel* », « *au contact* » des patients. Parfois, les candidates peuvent avoir entendu parler de « *l'autonomie* » [5], notamment lorsqu'elles ont fait un stage auprès d'infirmières libérales. Ces expériences, discussions et observations permettent une première sensibilisation à l'activité, qui n'est pas une socialisation au rôle professionnel.

1. Nous utilisons le terme « institutionnelle » pour désigner la conception du métier qui est fournie par les cadres formatrices au sein des IFSI.
2. ↑Nous avons d'ailleurs vu que ni la source du renseignement, ni même le fait de s'être renseigné n'a de réelle influence sur la décision de la sélection finale. (cf. infra 4.3.2, p.153)
3. ↑Dénomination peu précise qui constitue l'équivalent de l'Agent de Service Hospitalier (ASH) à l'hôpital, soit les professionnels qui sont chargés de l'entretien des locaux.
4. ↑Le statut de faisant-fonction est un statut dérogatoire qui permet d'exercer la fonction sans en avoir le titre. Il est révélateur de la persistance des glissements de tâches entre les catégories de soignants paramédicaux.
5. ↑Propos des candidates recueillis lors des observations des oraux de concours.

Les candidates ont accumulé des connaissances sur le métier d'infirmière pour préparer le concours, mais l'image qu'elles en ont est encore loin d'être une image « *professionnelle* » au sens où l'entendent les cadres formatrices, et cela quel que soit le type de source de renseignement mobilisé. Lorsque c'est l'expérience d'hospitalisation d'un proche qui permet d'approcher le métier, il est évident qu'il s'agit d'une familiarité profane. Cependant, c'est également le cas pour les discussions avec les professionnelles, les stages d'observations ou les expériences de travail. Ces premières expériences peuvent être à l'origine d'une socialisation anticipatrice (Dubar 2005, pp. 60-63). Elles donnent en effet accès aux tâches et à une partie des représentations des infirmières, qui peuvent faire l'objet d'une appropriation de la part des impétrantes. Toutefois, ces expériences ne donnent pas accès au rôle infirmier tel qu'il est conçu par les cadres formatrices. Ce dernier n'est véritablement accessible qu'au travers de la formation infirmière [6]. Lorsque nous avons interrogé les étudiantes sur leur vision du métier, toutes nous ont expliqué qu'elles ont réellement découvert ce en quoi il consistait durant leur formation.

Les apprentissages ont d'abord lieu, pendant huit à dix semaines, au sein des IFSI. Durant ce premier temps, les étudiantes sont amenées à se questionner sur leurs représentations du métier et leurs conceptions de l'activité. Plusieurs étudiantes ont ainsi pointé les similitudes entre nos questions visant à connaître leur conception du métier et celles qui leur sont posées à l'IFSI, lors de cours ou de Travaux Dirigés (TD) :

> ***E.*** *: Je voudrais que tu me donnes ta définition de ce que c'est que le métier d'infirmier, mais vraiment ce que c'est pour toi, enfin, j'attends pas une définition générale tout ça, c'est vraiment ce que toi tu penses.*
> ***Emma*** *: On nous l'a déjà demandé en TD ça, [nous rions] ce que c'est qu'être infirmière pour vous. Qu'est-ce que c'est le rôle d'infirmier ?*
>
> *(Emma, étudiante depuis cinq mois, promotion 2012-2015)*

Cependant, les cadres formatrices ne se contentent pas de laisser les étudiantes exprimer leurs représentations, elles conçoivent leur rôle auprès des étudiantes comme un rôle d' « *accompagnement* [7] » actif dans la découverte du métier :

> *[Les étudiantes] arrivent dans ce métier avec énormément de représentations et... notre rôle, justement, ben c'est de... de les guider, de leur faire voir que*

6. ↑En France, contrairement à d'autres pays, notamment les pays anglo-saxons, la formation des infirmières est unifiée au niveau national. Il n'existe qu'un seul diplôme permettant d'exercer en tant qu'infirmière. Ce dernier s'acquiert en suivant l'enseignement dispensé dans les IFSI qu'ils soient publics ou privés et les programmes sont harmonisés au niveau national.

7. ↑Ce terme revient dans les propos de la quasi-totalité des cadres formatrices interrogées, elles ne conçoivent jamais leur rôle comme celui de « professeur » (*cf. supra* 3.2.2 p.113).

> *le métier en fait n'est pas, comment dire... si idéalisé qu'ils croient. Ça n'est pas uniquement faire des soins, ça n'est pas uniquement faire des pansements, ça n'est pas uniquement faire des piqûres. C'est des choses qu'ils nous disent souvent ça. Ou faire des... Ou être le sauveur de l'humanité. Parce que, aussi, il y en a qui rentrent avec ces images-là. Moi je pense que le rôle du formateur, justement, ben c'est... partir de leurs connaissances, de leurs représentations et les ordonner.*
>
> *(Ronald, cadre formateur, IFSI de Voulin)*

Ce travail sur les représentations vise à amener les étudiantes à transformer le sens qu'elles donnaient à l'activité infirmière. Les cadres formatrices se décrivent parfois comme des « *passeurs* », qui doivent amener les étudiantes profanes du côté des professionnelles. Ainsi, au cours de leur formation, les étudiantes découvrent une réalité différente de celle qu'elles avaient imaginée. Cette transformation est perceptible dans les propos d'Aurore :

> *Qu'est-ce que c'est être infirmier ? Ben c'est être là pour la personne, l'écouter [...] Alors après bon bah c'est faire des injections. [Elle rit, un peu gênée.] Non non. Ben tout le côté, enfin des thérapeutiques voilà, avec des prescriptions médicales, faire des diagnostics infirmiers. Ça je le savais pas avant l'école, enfin... [...] c'est vrai que quand on pense infirmier, on pense le médecin qui est derrière nous, tout ça. Alors que non, on a vraiment un rôle propre impressionnant.*
>
> *(Aurore, étudiante depuis six mois, promotion 2012-2015)*

A travers le changement de vocabulaire, ce verbatim marque la transformation de la conception du métier. Ce verbatim rend partiellement visible l'écart, déjà mis en évidence par Fred Davis, entre une conception « profane » de l'activité et une conception « institutionnelle » (Davis 1968, pp. 239-241). Au début du passage, Aurore évoque l'activité infirmière à travers une aide apportée à autrui. Il s'agit d'une conception profane du travail de *care*, « c'est-à-dire essentiellement un geste accompagné d'une émotion par lequel une personne répond, dans l'immédiat, à l'expression de souffrance d'autrui » (Benelli, Modak 2010, p. 45). Dans les propos d'Aurore, ce travail constitue une première dimension de l'activité (« *l'écoute* ») à laquelle il faut ajouter des gestes emblématiques de la profession (« *faire des injections* »). Dans la seconde partie du verbatim, Aurore donne une autre définition dans laquelle apparaissent des termes qui renvoient à la spécificité du travail infirmier : les « *diagnostics infirmiers* », le « *rôle propre* ». L'utilisation d'un vocabulaire spécifique marque donc un changement dans la façon de concevoir le rôle de l'infirmière et la façon de l'exercer (Demazière 2009, pp. 201-202). Aurore explique qu'elle a pris conscience de l'autonomie et de la responsabilité dont l'infirmière dispose

dans l'exercice de son activité. Ces dimensions de l'activité sont celles qui sont construites et mises en avant par les cadres formatrices. Intéressons-nous plus spécifiquement au contenu de cette conception « institutionnelle » et à la façon dont les cadres formatrices s'y prennent pour y sensibiliser les étudiantes.

5.1.2 Le « prendre soin », un cadre de référence

Nous avons vu dans la partie précédente, que les cadres formatrices définissent le mandat des infirmières, c'est-à-dire la façon dont elles doivent « *prendre soin* » des patients. Pour comprendre ce que recouvre ce « *prendre soin* », nous utiliserons les trois dimensions développées par Fred Davis pour rendre compte de « l'image institutionnelle » développée dans les écoles d'infirmières (Davis 1968, pp. 240-241). Premièrement, le patient n'est pas simplement défini comme un « malade », mais comme une personne ayant des problèmes de santé. Deuxièmement, explique Davis, la relation qui s'établit avec le patient doit être objectivée, problématisée en termes professionnels. Enfin, l'aspect « technique » du travail de l'infirmière est minimisé par les écoles qui préfèrent mettre l'accent sur la compréhension de l'objectif de cet acte (« "les raisons pour lesquelles c'est fait" plutôt que "la façon dont c'est fait" » [8]). Malgré leur ancienneté et le fait qu'il s'agisse d'infirmières américaines [9], ces caractéristiques nous ont semblé tout à fait pertinentes pour présenter la façon dont les étudiantes sont sensibilisées à leurs futures missions dans les écoles d'infirmières françaises aujourd'hui.

Dans la partie précédente, nous avons vu que le mandat des infirmières françaises est effectivement structuré autour d'une prise en charge, non seulement de la maladie, mais aussi de la santé. Les cadres formatrices vont s'assurer que les étudiantes sont sensibilisées à cet aspect lors des enseignements. Elles vont notamment réaliser un travail de définition des concepts de soins infirmiers :

> *Nous [les cadres formatrices] on a un travail à faire ici avec les étudiants qui est beaucoup de la conceptualisation. Qu'est-ce que le soin ? Qu'est-ce que l'Homme ? Surtout en première année. Qu'est-ce que l'Homme ? Qu'est-ce que la santé ? Qu'est-ce que la maladie ? Qu'est-ce que le handicap ? Voilà. On les fait beaucoup réfléchir sur certains concepts.*
>
> *(Élodie, cadre formatrice, IFSI de Voulin).*

8. ↑(Davis 1968 , p. 241) Traduction réalisée par nos soins.

9. ↑Aux États-Unis, les formations d'infirmières ont intégré l'université dans les années 1960, à l'image du modèle des infirmières anglaises (Strauss 1966). Il existe différents « grades » infirmiers (Féroni, Kober 1995).

Les cadres formatrices utilisent les définitions élaborées depuis 1985 dans les guides de savoirs infirmiers et réactualisées au fil des rééditions des dictionnaires de soins infirmiers [10]. Elles insistent beaucoup sur le fait que le patient n'est jamais seulement un malade, il est avant tout un individu singulier dont les besoins ne se limitent pas à la dimension biologique ou physiologique :

> *C'est pas parce que vous avez soigné une bronchopneumopathie obstructive hier, une personne qui souffre d'une bronchopneumopathie obstructive que la personne, l'autre personne, qui viendra le lendemain ça sera la même prise en charge, le même accompagnement. Ça sera différent : parce que la personne qui sera en face de vous sera différente ; parce qu'elle aura un parcours de vie différent ; parce qu'elle aura des trajectoires de vie différentes. Et ça vous devez en tenir compte. Alors bien sûr il y a des invariants, dans le traitement, les choses comme ça, mais la personne que vous avez en face. Mais moi je tiens à ça. Ça c'est la plus-value infirmi[ère]. Voilà. Et je leur dis [aux étudiantes] : c'est quoi la différence avec le médecin ? Je dis : Voilà notre plus-value elle est là. Les médecins, s'ils le veulent ils ne peuvent soigner qu'une pathologie, ils ne peuvent soigner qu'un organe s'ils veulent. Ils ne sont pas tous comme ça heureusement. Il y en a certains qui sont comme ça : je soigne une appendicite, je soigne une luxation, je soigne le cancer, je soigne ça. Nous [les infirmières], on soigne pas une pathologie. Nous, on prend en charge la personne, qui souffre d'une pathologie. Nous, notre plus-value elle est là, c'est que on prend la personne, avec bien sûr son traumatisme ou sa maladie, et on prend aussi la personne dans ce qu'elle est, dans son ensemble, dans son milieu de vie, dans son environnement social.*
>
> *(Ronald, cadre formateur, IFSI de Voulin)*

Les cadres formatrices sensibilisent les étudiantes au fait que cette « *prise en soin* » est une spécificité du travail de l'infirmière. Pour la réaliser, les étudiantes apprennent à utiliser des outils conceptuels - la « santé », le « soin » - et le mode de raisonnement spécifique aux infirmières. Les cadres formatrices leur proposent des mises en application à partir de situations cliniques issues des expériences de chacune lorsqu'elles étaient infirmières :

> *En TD, par des exercices pratiques, des situations, on voit qu'au niveau de notre profession, on a des diagnostics infirmiers. Vous avez dû en entendre parler. [J'acquiesce.] Si on prend le diagnostic infirmier « perte d'espoir » [...] quelqu'un qui a un problème de santé grave et qui n'a plus d'espoir. On aide [les étudiantes] à trouver des stratégies pour qu'[elles] puissent accompagner [le patient] par rapport à, ben à sa vie, et l'aider à retrouver de l'espoir justement. Si la mort est pas imminente, par rapport à une guérison possible, et puis même s'il veut décéder, ben qu'il puisse vivre dignement sa fin de vie, etc. Donc... ben il y a une part théorique, mais il y a aussi une part d'exercice, qu'on fait avec*

10. ↑Amiec Recherche, 2005, *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière* , Paris, Masson (Pour la dernière édition).

> *eux, où on monte des petites scénettes, on les fait jouer. On essaie de les aider à trouver des stratégies, réfléchir à des postures.*
>
> *(Laure, cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

Ces exercices réalisés hors de situations de travail ont un caractère artificiel dans un premier temps. Les étudiantes n'en voient d'ailleurs pas toujours l'intérêt. Ils contribuent pourtant à les sensibiliser aux spécificités de la « *prise en charge globale du patient* » telle qu'elle est définie par les cadres formatrices.

Le deuxième aspect auquel sont sensibilisées les étudiantes à l'IFSI, c'est le fait que leurs relations avec les patients doivent être professionnelles :

> *Le relationnel, c'est extrêmement, extrêmement important. J'ai eu un cours tout à l'heure d'un professeur d'un service en rééducation qui nous a dit... on a eu un cours sur le bien-être et la santé publique et, ouais, il nous a dit que lui-même avait été patient, et que ouais, que le comportement des infirmières était très important dans le processus de soin. Donc voilà. Une infirmière qui rentre dans la chambre, qui fait la gueule et tout, qui parle pas, c'est, le patient le ressent et dans le processus de guérison ça peut carrément aller jusqu'à empirer sa pathologie. S'il voit que les professionnels n'ont pas confiance [dans ses chances de guérison], qu'ils sont pas positifs à son égard, c'est, le moral peut en pâtir. Et le moral ça joue aussi sur la pathologie, l'évolution de la pathologie. Donc il y a une relation entre les deux. Donc c'est important, vraiment, de rassurer les patients, être toujours toujours professionnel, pas... enfin pas mettre ses problèmes personnels, enfin. Faut pas que le patient il prenne [...] il faut pas qu'il prenne disons nos humeurs, enfin vraiment faut être professionnel. C'est ça qui est important.*
>
> *(Louis, étudiant depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015)*

Il s'agit ici de l'énoncé d'une règle de sentiments (Hochschild 2017, pp. 76-95), qui proscrit l'expression d'émotions négatives devant les patients, sous peine de nuire au processus de soin. Comme dans le cas des hôtesses de l'air qui doivent donner aux passagers un sentiment de sûreté et de convivialité, les infirmières doivent s'assurer que les patients restent optimistes. Toutefois, l'énoncé d'une règle de sentiment ne suffit pas à ce qu'elle soit respectée. Cette règle de sentiment suppose un travail émotionnel et donc un apprentissage spécifique (Fernandez *et al.* 2008). Les règles de sentiment sont différentes d'un service à l'autre. En cancérologie, par exemple, pour garantir le bon déroulement du processus de soin, les soignantes réalisent un travail émotionnel collectif pour permettre de maintenir le « bon moral » des patients et faire en sorte qu'ils « gardent espoir » (Soum-Pouyalet *et al.* 2009). Il s'agit alors de ne pas laisser transparaître leurs inquiétudes ou leur tristesse devant les patients. À l'inverse, en soins palliatifs, le travail émotionnel suppose une capacité des soignantes à exprimer leurs sentiments, dans un cadre

collectif et contrôlé, pour permettre la bonne prise en charge des patients en fin de vie (Castra 2013). Les cours donnés à l'IFSI participent, d'une façon plus générale, à la sensibilisation des étudiantes au travail émotionnel qu'elles devront réaliser auprès des patients. Pour une des étudiantes que nous avons rencontrée, ce travail émotionnel est vécu comme quelque chose de violent :

> *De toute façon, c'est la première chose qu'on nous a dit en cours en arrivant, ça m'a marqué, c'est « du moment que vous avez la blouse, vous avez plus de sexe, vous avez plus d'identité, vous êtes ni homme ni femme, ni Untel ni Machin. Vous êtes infirmier point. » Et c'est vrai, quand on a la blouse, la blouse blanche c'est... c'est radical. On est pas, on est pas nous en fait. C'est une dépersonnalisation totale. On a pas le droit d'être ce qu'on est à l'extérieur.*
>
> *(Agathe, étudiante depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015)*

Agathe applique ici de façon extrême l'injonction faites aux étudiantes de séparer ce qui relève du « *personnel* » et ce qui relève du « *professionnel* ». Cela consiste à ne pas laisser transparaître ses émotions, ni *a fortiori* à faire part de ses problèmes personnels devant le patient. Ces derniers doivent rester « *au vestiaire* » [11]. Faire du travail émotionnel l'une des dimensions principales de l'activité infirmière peut entraîner des difficultés dans le processus de « professionnalisation » engagé par les cadres formatrices. Le travail émotionnel – bien que constituant une activité nécessaire au bon déroulement du processus de soin – est, bien souvent, difficile à faire reconnaître comme constitutif des compétences professionnelles nécessitant un apprentissage. Il est, bien souvent, assimilé à une aptitude « innée », y compris par certaines étudiantes infirmières. Ainsi, l'une des étudiantes que nous avons rencontré a plutôt tendance à tourner ces apprentissages en dérision :

> *En première année on apprend énormément de concepts, genre « l'humanitude », la « bienveillance », des choses qui devraient pas, enfin qu'on devrait pas avoir à apprendre. Des choses qui devraient être inhérentes à notre profession, mais seulement qui ne le sont pas. Parce que on va pas se leurrer, tous les soignants sont pas bienveillants, toutes les inf[irmières] sont pas merveilleuses, gentillesses, aimantes etc. etc. Et puis, tou[te]s les étudiant[e]s infirmi[ère]s sont pas... enfin ouverts d'esprit etc. Donc du coup en première année on fait beaucoup de communication, d'éthique, enfin tout ça, et donc du coup, c'est un peu pour... apprendre à ce[lles] qui... pour qui ça serait pas, c'est pas inné, bah par exemple qu'on dit bonjour aux gens. Du coup t'as des cours où t'apprends à dire bonjour. [...] Genre tu définis que l'espace privé du patient c'est sa chambre, donc tu toques avant de rentrer. Oui mais bon ça... tu fais... enfin tu le fais instinctivement, enfin tu [leur] dis bonjour aux gens. [...] Mais, même si c'est*

11. ↑Expressions souvent entendues par les étudiantes dans la bouche des cadres de santé, voir de certaines infirmières, dans différentes unités de soin.

pas inné chez certaines, j'ai des doutes sur le fait qu'on puisse leur inculquer, tu vois.

(Orianne, étudiante depuis un an et six mois, promotion 2011-2014)

Pour autant, même lorsque son apprentissage est dénié, le travail émotionnel doit être réalisé. Ce n'est pas parce qu'Orianne pense qu'il s'agit de qualités « innées » qu'elle remet en question le caractère nécessaire de ce « travail de relation » [12]. Ce travail émotionnel enseigné à l'IFSI concerne des situations très générales. Le but des cadres formatrices est de préparer les étudiantes à la nécessité de réaliser ce type de travail. La manière dont celui-ci sera réalisé dans les faits sera précisée dans chaque service.

Enfin, les cadres formatrices sensibilisent, par exemple, les étudiantes à leurs responsabilités en ce qui concerne la réalisation des soins :

On a pas mal de cours de législation qui nous rappellent nos devoirs, nos obligations. Ce qu'on risque si on fait certaines conneries. [...] je pense souvent aux problèmes de perfusion. Enfin c'est souvent des problèmes comme ça, quoi. Des problèmes de débit, enfin de calculs de doses, des trucs qui peuvent être fatals quoi. Donc il faut qu'on fasse très très attention à ça. Ou si il y a un problème, disons une infection, parce qu'on a fait un, on n'a pas été assez... attentionné sur l'asepsie et tout, d'un soin. Bah c'est sur nous que ça retombe. Donc on a beaucoup de responsabilités.

(Louis, étudiant depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015)

La prise de conscience de cette responsabilité dans la réalisation des soins peut être violente pour les étudiantes fraîchement entrées dans la formation :

Je me rends compte qu'en fait c'est un métier où... on a tout le temps une responsabilité constante quoi. Et ça me met une pression grandiose quoi. C'est... De savoir qu'on peut avoir la vie de quelqu'un entre ses mains c'est... vraiment flippant. [...] quand tu te rends compte que voilà, on te met devant le fait accompli de savoir que tu fais une injection, c'est pas bon le patient, c'est pas le bon produit, c'est pas la bonne substance, tu tues la personne enfin... voilà. [...] Du coup je me rends compte qu'en fait la responsabilité ben... c'est vraiment dur à porter en fait, mais vraiment. Vraiment, vraiment, vraiment.

(Agathe, étudiante depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015).

Les cours à l'IFSI sensibilisent les étudiantes à l'importance de réaliser correctement les calculs de dilution des produits qu'elles seront amenées à injecter aux patients. Lors des exercices, pour les sensibiliser à leur responsabilité, les cadres formatrices ne manquent

12. ↑Orianne est la seule étudiante infirmière que nous ayons rencontrée qui se déclare catholique pratiquante et qui s'est présentée lors de notre entretien avec un petit crucifix autour du cou. Nous émettons l'hypothèse que cette pratique religieuse a pu contribuer au discours qu'elle tient sur les qualités « innées ».

pas de faire remarquer aux étudiantes qu'elles ont, virtuellement, « *tué les patients* » [13] lorsqu'elles se sont trompées dans leurs calculs. Des récits d'erreurs dans la distribution des traitements et leurs conséquences pour les patients circulent également entre les étudiantes. Ils jouent un rôle de rappel à l'ordre : la rigueur est de mise dans l'application des prescriptions. Les étudiantes sont enjointes à ne pas « *appliqu[er] bêtement un protocole sans jamais se poser de questions* » si elles veulent devenir de « *bon[nes] professionnel[les]* » [14]. Les cadres formatrices montrent ainsi aux étudiantes qu'elles n'ont pas seulement un rôle sur prescription, mais qu'elles doivent être capables d'interroger les prescriptions médicales dans l'intérêt des patients. Les cadres formatrices insistent sur le fait que l'activité des infirmières ne peut pas être réduite à l'exécution de gestes, quand bien même ils seraient emblématiques de la profession :

> *[Certaines étudiantes] n'ont pas cette notion de cadrage quand [elles] arrivent ici. Pour [elles], [elles] ont l'impression, comme je vous le disais tout à l'heure, que on fait des soins, et on est uniquement dans l'action... dans la prise de sang, la pose de perfusion. Ça c'est des choses qui leur parlent beaucoup. Pour beaucoup [elles] ne parlent que de ça quand [elles] arrivent. Et nous, justement, on est là « OK c'est très bien, c'est bien, poser une perfusion c'est très bien, parfait ». Mais moi, je leur dis « moi, comme formateur, je prends n'importe quelle personne qui ne veut pas être infirmi[ère], la première personne qui passe dans la rue je la prends avec moi, en deux heures, je suis capable de lui expliquer, elle est capable de poser une perfusion. En deux heures, je lui explique. » Par contre après [...] la personne, elle ne va pas savoir pourquoi elle a posé la perfusion, pourquoi elle la pose. Et comment, dans quelles conditions on pose une perfusion, dans quel cadre juridique on pose une perfusion.*
>
> *(Ronald, cadre formateur, IFSI de Voulin)*

Si n'importe qui peut, en théorie, apprendre à réaliser une prise de sang, devenir infirmière suppose de ne pas se contenter de réaliser des soins. La spécificité des infirmières, du point de vue des cadres formatrices, n'est pas là. La qualité du soin dépend plutôt de la capacité des étudiantes à comprendre le contexte dans lequel ce soin doit être réalisé. Ronald insiste sur le fait que ce contexte relève à la fois de connaissances médicales mais également d'éléments relevant du droit. Le rôle des IFSI n'est pas de former les étudiantes à la diversité des pratiques de soin :

13. ↑Pascale, étudiante depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015.
14. ↑Ophélie, cadre supérieure de santé, directrice adjointe de l'IFSI de Voulin.

« Connaître le métier c'est pas connaître les soins, c'est pas forcément connaître tous les soins, toutes les façons, toutes les techniques de soins. »

(Ronald, cadre formateur, IFSI de Voulin)

Cette tâche serait probablement vaine, dans la mesure où ces techniques évoluent rapidement. La quantité de techniques qu'il faudrait acquérir et maîtriser est aussi rédhibitoire. Si les étudiantes sont formées à certaines techniques de soins à l'IFSI lors de TD [15], les cadres formatrices se donnent plutôt pour mission de former les étudiantes à une façon d'être infirmière : le « *prendre soin* » qui compte donc au moins trois dimensions : la « prise en charge globale », le « travail de relation » et la « responsabilité dans la réalisation des actes ».

Ces trois dimensions forment un « référentiel » au sens que Pierre Muller donne à ce terme, à propos des politiques publiques. « Le référentiel d'une politique ne peut s'analyser simplement comme un ensemble d' « idées », dans la mesure où il exprime à la fois les intérêts et la vision du monde du groupe dominant au sein d'un système d'action publique » (Muller 2004, p. 375). Il nous faut préciser que lorsque nous parlons de « référentiel », il ne s'agit pas seulement des textes qui régissent l'organisation de la formation et de l'activité des infirmières [16] mais bien de leur interprétation par les cadres de santé formatrices. Pour éviter les confusions, nous utiliserons les termes de « cadre de référence ». Il s'agit de la conception du rôle et de la place des infirmières dans le monde du soin transmise par les cadres formatrices aux étudiantes. Ce cadre de référence produit par les cadres formatrices constitue un plus petit dénominateur commun aux différentes pratiques infirmières. L'IFSI est donc le lieu de la construction d'une culture infirmière, entendue au sens « d'espace commun interne » au groupe professionnel, à l'intérieur duquel il pourra y avoir des débats (Montjardet 1994).

Pour autant, le cadre de référence reste « *théorique* » pour les étudiantes. Il permet une première sensibilisation aux différentes dimensions de l'exercice infirmier. Toutefois, le processus de conversion identitaire suppose une confrontation directe avec l'activité.

15. ↑Nous y reviendrons plus en détail dans le chapitre suivant (cf. infra. 6.1.2, p.196).

16. ↑Les « référentiel d'activité », « référentiel de compétence » et « référentiel de formation » sont consultables, respectivement, dans les annexes n °1, 2 et 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier.

5.2 Apprentissage initiatique

5.2.1 Le choc de la réalité

Les premiers apprentissages « concrets » concernent les « soins de confort et de bien être » [17]. Cette catégorie de soins comprend toutes les activités d'assistance aux personnes dans la réalisation d'activités quotidiennes (repas, déplacement et installation, entretien de l'environnement, etc). Les étudiantes y sont formées à l'IFSI lors des travaux pratiques. Elles apprennent par exemple à « *savoir faire le lit au carré* » [18], ou bien « les sept étapes du lavage de mains » [19]. Ces travaux pratiques concernent également la réalisation de la toilette. Les étudiantes sont alors sensibilisées au fait qu'une toilette se réalise selon un certain schéma, « *du plus propre au plus sale* » [20]. Dans cette définition le propre correspond aux parties les plus exposées dans la vie de tous les jours – le visage et les mains – et les plus sales étant les parties les moins exposées, les plus intimes – les parties génitales qui correspondent à « la petite toilette ». Ainsi, les apprentissages à l'IFSI fournissent aux étudiantes une représentation du corps particulière. Cette dimension symbolique de l'activité s'accompagne d'une sensibilisation des étudiantes aux règles de bonne pratique (Thouvenin 2004, p. 40) [21]. Lors de ces séances, les étapes nécessaires à la réalisation de la toilette sont expliquées. Elles tiennent compte du respect des règles d'hygiène et de la pudeur des patients. Toutes les étudiantes sont présentes à ces travaux pratiques, dans la mesure où ils font partie des cours obligatoires, mais toutes ne pratiquent pas nécessairement :

> *Par exemple pour la toilette on avait un mannequin dans le lit et puis ben on s'est appris dessus en fait. Donc, petit inconvénient, on est une vingtaine par groupe et il y en a deux ou trois qui passent dans l'heure, donc les autres regardent. Mais bon regarder c'est pas savoir faire. Donc après on a les notions et puis quand on arrive en stage ben on met en pratique.*
>
> *(Fabien, étudiant depuis trois mois et demi, promotion 2012-2015)*

17. ↑Unité d'enseignement 4.1. relative à la Compétence n °3 « *Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens* » (Référentiel de formation, Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009). Cette compétence – qui regroupe des enseignements théoriques mais surtout des stages pratiques – doit être validée pour que les étudiantes soient autorisées à passer en deuxième année. Cette contrainte pourrait, en partie, expliquer la prédominance des premiers stages de première année réalisés auprès de populations dépendantes. En effet, 16 étudiantes sur les 22 que nous avons rencontrées ont réalisé ce premier stage auprès de cette catégorie de patients.
18. ↑Aurore, étudiante depuis six mois, promotion 2012-2015.
19. ↑Louis, étudiant depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015.
20. ↑Arnaud, étudiant depuis six mois, promotion 2012-2015.
21. ↑Pascale Thouvenin a réalisé ses observations avant la mise en place du référentiel de 2009. Le programme qui régit la formation est donné par l'arrêté du 23 mars 1992. Cependant, sur ce point le nouveau référentiel ne semble pas avoir transformé la « philosophie » des enseignements.

Sauf que cette mise en pratique n'a rien d'évident. Si les techniques – les notions d'hygiène et de pudeur en ce qui concerne les toilettes – sont enseignées à l'IFSI, elles ne préparent pas les étudiantes à la réalité de l'activité auprès des patients. Ces travaux, dits de « *simulation* », portent bien leur nom si l'on en croit cette cadre formatrice :

> *En travaux pratiques, ça reste théorique parce que il y a pas un... un patient, quelqu'un qu'on soigne etc. Ça reste un exercice quoi.*
>
> *(Laure, cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

C'est donc à travers leurs stages que les étudiantes vont pouvoir être « *au pied du lit du malade. [Elles] apprennent vraiment leur métier* »[22]. Le premier stage débute quelques semaines après la rentrée scolaire[23]. C'est à travers lui que les étudiantes vont, pour la première fois, être plongées dans leur futur univers de travail. D'après nos enquêtées – étudiantes et cadres formatrices – cette première expérience n'est pas évidente. La confrontation avec la réalité du travail entraîne la perception d'un décalage entre activité imaginée par les nouvelles étudiantes et réalité professionnelle :

> *Première année, premier stage, de cinq semaines, très dur. Je m'attendais, j'avais pas du tout appréhendé ça en fait. Donc j'y allais un peu naïvement et un peu surtout... de façon idéaliste.*
>
> *(Catherine, étudiante en arrêt de formation en troisième année*[24]*, promotion 2010-2013)*

Catherine décrit un état « d'innocence initiale » dont elle fait preuve au début de sa formation (Davis 1968, p. 242). Si le cadre de référence sensibilise aux dimensions du « *prendre soin* », c'est la confrontation avec la réalité du soin, qui révèle l'ampleur du décalage :

> *Mon premier stage, le premier jour, oh je me rappellerai aussi, ça c'est des choses qu'on oublie pas. On m'a montré une toilette sur un patient parkinsonien, gastrostomie*[25] *en plus enfin... vraiment... un IMC [Indice de Masse*

22. ↑Élodie, cadre formatrice, IFSI de Voulin.

23. ↑Ce premier stage, d'une durée de cinq semaines, a lieu durant le premier semestre de formation, avant les vacances de fin d'année. La plage calendaire sur laquelle il se déroule est mouvante en fonction des années et des IFSI qui sont relativement libres concernant leur organisation. A titre d'exemple, en 2012 sur notre terrain, ce stage a eu lieu au bout de sept semaines de formation.

24. ↑Cette interruption n'a pas de lien avec la réalisation des soins de *nursing*. Cette première expérience a été difficile, comme elle l'est pour toutes les étudiantes, mais Catherine a finalement surmonté ce premier choc. Elle est d'ailleurs aide-soignante au moment où nous la rencontrons.

25. ↑Intervention chirurgicale qui consiste à pratiquer une incision dans la paroi de l'abdomen et à créer un orifice pour accéder à l'estomac. Elle sert à alimenter le patient, grâce à une sonde, directement dans l'estomac.

> *Corporelle] mais je pense inférieure à dix-sept*[26]*, voilà. Il était maigre la peau sur les os, tout recroquevillé, tout tendu. On pouvait même pas tirer ses bras ou ses jambes, tellement qu'il était crispé en fait. Et il avait des selles au large, ça sentait vraiment pas bon. Et je me suis dit... « C'est quoi ça ? Je vais faire ça ? » Enfin, ça surprend quand même quand on n'a pas l'habitude. Enfin, c'était la première fois que je voyais quelqu'un... enfin de nu comme ça. Un inconnu nu, comme ça. Je me suis dit « wah... wahhhh ». Je me suis dit « oh nan c'est pas possible, c'est pas le métier que je me suis fait l'idée, c'est pas ça que je veux faire. Nan. »*
>
> *(Marine, étudiante depuis un an et sept mois, promotion 2013-2016)*

Les toilettes constituent le soin le plus marquant des débuts de la formation. Cette confrontation avec le corps des patients est exprimée dans le même registre – celui d'une difficulté – par l'ensemble des étudiantes. Ce premier contact avec l'activité fait partie de ce que Fred Davis nomme le « choc de la réalité » (Dubar 2005, p. 141). Selon l'auteur, ce choc est ressenti parce qu'il existe un décalage entre une conception profane de l'activité et sa réalité. Nous ajoutons que lors de ces premières expériences, ce choc est ressenti comme quelque chose de violent. Ces tâches mettent les étudiantes en contact avec la souillure des corps et les amènent à enfreindre l'intimité des personnes. Ces tâches, « socialement dévalorisées, universellement reconnues comme dégradantes », constituent un « sale boulot absolu » (Arborio 2012b, p. 123). Pendant leur stage, les étudiantes réalisent que le métier n'est pas conforme à l'image qu'elles en avaient, qu'il comporte également des aspects moins valorisants. A l'image de Marine, les étudiantes donnent alors à entendre que cette confrontation les amène à se questionner sur leur envie de poursuivre dans cette voie. Est-ce bien le métier qu'elles souhaitent exercer ? Comme pour les étudiantes étudiées par Fred Davis, la confrontation avec l'activité fait vaciller leurs certitudes sur le métier et entraîne un questionnement quant à la poursuite de la formation (Davis 1968, pp. 242-243). C'est à ce moment de leur formation que certaines étudiantes peuvent décider d'abandonner leur projet de formation. C'est ce qui est arrivé à Annick. À un peu plus de 40 ans, Annick est secrétaire médicale à l'hôpital psychiatrique de Voulin. Elle profite d'une politique de formation de l'établissement, qui propose à ses personnels le financement d'un projet de formation, pour préparer le concours d'infirmière avec le Centre National d'Enseignement à Distance (CNED). Annick intègre l'IFSI de Voulin en 2012 :

> *J'ai obtenu le concours IFSI, et puis j'ai commencé et je me suis arrêtée... J'ai commencé en septembre, je me suis arrêtée en décembre. Donc ça a été assez*

26. ↑L'IMC est un indicateur reconnu par l'OMS. Il est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres). Il considéré comme normal lorsqu'il est compris entre 18,5 et 24,9. En dessous, le patient est considéré comme dénutri, au-dessus il est considéré comme en surpoids, voire obèse.

> *court. Après... ben les raisons... les raisons... elles sont multifactorielles en fait. Déjà parce que j'ai peut-être pensé plus... à la prise en charge... plutôt morale que physique, du patient. [...] le premier stage c'est surtout des soins d'aides-soignantes, qui sont très difficiles. C'est très difficile. En plus j'étais dans un service de rééducation fonctionnelle, donc il y avait beaucoup de personnes qui avaient des... des handicaps neurologiques et puis physiques. Alors c'est très compliqué de... moi j'avais très peur de mobiliser ces gens, qui étaient paralysés des fois d'un côté.*
>
> *(Annick, étudiante en arrêt de formation en première année, promotion 2012-2015)*

Pour Annick, le choc est *trop* violent. Si ce n'est pas la seule raison qui l'emmène à arrêter sa formation, c'est la première qu'elle évoque. Nous ne prétendons pas que le fait de devoir réaliser des toilettes soit la seule raison pour laquelle les étudiantes souhaitent interrompre leur formation. Le décalage entre une conception profane et une conception institutionnelle de l'activité peut être éprouvée à d'autres niveaux, nous y reviendrons. Cependant, accepter de réaliser cette activité fait partie des conditions nécessaires pour poursuivre. La violence de cette première confrontation et le choc ressenti permettraient d'expliquer une partie des abandons mis en évidence par Rémi Marquier. Il note que, en France, « pour l'année 2004, on peut estimer [les abandons en cours d'étude] à 1 757 étudiants entre la première et la deuxième année (soit 6,2 % d'abandons) » (Marquier 2006, p. 22)[27].

Ce stage, qui met les étudiantes en contact avec la souillure, peut être considéré comme l'un des éléments d'un rite d'initiation (Van Gennep 1981). Soumettre les étudiantes à cette épreuve a pour but de les séparer de leur milieu antérieur et de les socialiser à leur nouvel horizon professionnel. Si elles surmontent l'épreuve, elles seront durablement séparées des profanes, comme nous l'explique Noémie :

> *C'est la première fois, bah je te disais, que tu vois quelqu'un de nu. Le plus dur c'est la toilette intime, forcément... C'est, c'est de, de te retrouver face à quelqu'un, que t'as jamais, enfin voilà. T'as jamais nettoyé quelqu'un, c'est difficile. Et les odeurs. Les odeurs c'est difficile. T'oses pas... toucher, donc voilà. Et puis après tu t'y fais, et puis maintenant voilà tu nettoies, bah tu nettoies. Mais beaucoup de personnes dans mon entourage me disent « quoi ? Mais comment tu fais pour changer les gens tout le temps et tout ? » « Ben ça ne fait rien. Je me suis habituée ».*
>
> *(Noémie, étudiante depuis deux ans et six mois, promotion 2010-2013)*

27. ↑Une étude plus localisée sur les abandons en Île-de-France fait état de difficultés de ce type. (Estryn-Behar *et al.* 2010)

Ce qui rend l'activité difficile, c'est l'acquisition de « savoirs coupables » (HUGHES 1996, p. 101). Ces savoirs concernent le corps de l'individu. Il s'agit d'une connaissance intime au sens de ce qui est privé et qui est généralement tenu caché des autres. Les « corps à corps » avec les patients (VEGA 1997), le contact avec les odeurs et les sécrétions de ces corps, font en temps normal l'objet de tabous. Cela suppose un travail émotionnel, notamment parce que les étudiantes ne doivent pas montrer leur dégoût devant ces tâches. Ainsi, prendre l'habitude, c'est avoir opéré la conversion identitaire dont parle Everett Hughes et être passé « de l'autre côté du miroir » (HUGHES 1958, p. 119). Les savoirs coupables ne sont lourds à porter que pour les profanes. Ils constituent un aspect normal du travail des professionnels. Ces derniers ont pu donner un sens positif à leur activité. C'est ce qui la rend supportable. Le premier stage permet de séparer les étudiantes qui sont appelées à devenir des professionnelles – et donc à entrer dans la sphère du sacré – des étudiantes qui ne le deviendront pas et qui, comme Annick, retournent dans le monde profane (DURKHEIM 1960, p. 50 et suivantes). Une fois le choc surmonté – une fois que l'on s'est « *habitué* » – cette particularité est intégrée. Elle n'est plus questionnée par les étudiantes. Ces dernières ont intégré le cadre de référence proposé par l'IFSI. Cela devient normal, à la fois dans la perception que les étudiantes ont d'elles-mêmes, mais aussi dans la perception que les autres – patients, infirmières, aides-soignantes ou encore cadres de santé – ont d'elles. C'est un indice d'une transformation identitaire en cours : les étudiantes ne sont plus des profanes.

Toutefois cette initiation est particulière dans la mesure où elle porte sur des activités qui seront déléguées aux aides-soignantes.

5.2.2 D'étudiante profane à étudiante future professionnelle du soin

Outre le fait que ce stage constitue bien souvent, pour les étudiantes le premier contact avec la réalité du métier, il est considéré comme un stage « aide-soignant ». Les aides-soignantes débutant des études d'infirmière par la voie de la promotion professionnelle en sont d'ailleurs dispensées [28]. Au moins durant les premiers temps du stage, les étudiantes sont encadrées par les aides-soignantes du service [29]. Lors d'un entretien, la cadre de santé

28. ↑« Les titulaires du diplôme d'État d'aide-soignant et du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture justifiant de 3 ans d'exercice en équivalent temps plein bénéficient d'une dispense de scolarité, sous réserve d'avoir réussi un examen d'admission [...] ils sont également dispensés du stage de 5 semaines prévu au premier semestre. (Arrêté du 31 juillet 2009, Titre 2 Dispenses de scolarité, articles 24 et 26.)

29. ↑Cet encadrement par les aides-soignantes n'est pas spécifique au premier stage. Les récits d'étudiantes et nos propres observations font apparaître qu'il arrive régulièrement qu'en première et deuxième année, voir troisième année, les étudiantes passent les premiers jours dans le service « avec » les aides-

du service de rééducation[30], nous explique que c'est le cas pour :

> *tout ce qui concerne les soins de nursing, de confort, d'accompagnement à la vie, des gestes quotidiens, des gestes de la vie quotidienne pardon [...] Alors pourquoi ce sont les aides-soignant[e]s ? Parce que, de plus en plus, dans les services, les infirmières n'effectuent plus ce travail, d'hygiène, d'accompagnement, etc. Quasiment plus. Ça reste limité, entre guillemets, à la marge. Voilà. Ce sont quasiment maintenant des soins qui sont dévolus exclusivement aux aides-soignantes. Voilà. Il y a des services où les aides-soignantes, les infirmières ne touchent plus un patient en termes de soins d'hygiène. Voilà. Et donc difficile pour elles, quand ce n'est pas inclus dans leur organisation de travail, n'est-ce pas ? Et que, surtout qu'elles n'en font jamais, de former un[e] étudiant[e] infirmi[ère] à cet exercice, n'est-ce pas ? Alors que normalement elle a la compétence et le savoir-faire. [...] et puis c'est aussi bien [que l'étudiante] soit suivi[e] par une aide-soignante hyper compétente que par une infirmière qui, elle, n'est pas compétente dans le domaine. Ou ne l'est pas franchement, ou ne montrera pas, n'expliquera pas les choses correctement. Voilà. Ce que c'est que la mobilisation, ça va être les soins de bouche, ça va être les changes, ça va être, ça va être les préventions d'escarre, ça va être comment on mobilise un patient, comment on le lève, ça va être mettre un bassin.*
>
> *(Louise, cadre de santé en rééducation)*

Cet extrait d'entretien traduit les tensions induites par la répartition de ces soins entre infirmières et aides-soignantes. Dans la mesure où ces soins font partie du rôle propre de l'infirmière, Louise semble regretter que les infirmières ne les réalisent plus. Toutefois, elle reconnaît que les aides-soignantes sont les plus à même de les enseigner aux étudiantes, parce que ce sont elles qui maîtrisent le mieux ces soins. Ainsi, les étudiantes vont prendre conscience que ces activités, relevant d'une forme de « sale boulot absolu », font partie du « sale boulot » au sens sociologique. Ce sont des activités déléguées, la plupart du temps, à une autre catégorie de travailleuses – les aides-soignantes – parce qu'elles sont jugées moins prestigieuses, moins « respectables » (Hughes 1996, p. 63). Les étudiantes ne réaliseront que rarement ces tâches sous la houlette d'une infirmière, bien qu'elles leur aient été présentées à l'IFSI comme faisant partie intégrante du rôle de l'infirmière. Ce n'est donc pas seulement au rôle d'infirmière que les étudiantes sont initiées. La barrière ne se situe pas seulement entre profane et professionnel (sacré). C'est ce que nous dit cette cadre formatrice quand elle met en scène des paroles d'étudiantes qui arrêtent leur formation à la suite du premier stage :

soignantes. C'est notamment le cas lorsque l'organisation du travail dans le service crée une partition nette entre aides-soignantes et infirmières.

30. ↑Cet entretien a été mené en amont de l'observation réalisée dans le service (cf. Retour sur l'enquête, p.11).

> *[Elles]-mêmes [...] se sont rendu compte : « ben non je ne pourrais jamais faire, je ne pourrais jamais m'occuper des personnes âgées. Je pourrais pas toucher les corps... Finalement, je voulais être proche des gens et puis les aider mais non, c'est pas comme ça. En fait je me verrais plutôt dans un autre... plutôt à l'IRTS [Institut Régional du Travail Social qui dispense des formations d'assistantes sociales principalement] parce que c'est plutôt peut-être le champ des relations sociales [qui m'intéresse]. »*
>
> *(Émilie, cadre formatrice, IFSI de Voulin)*

Ces paroles ne sont pas attribuées à une étudiante en particulier. Si ce genre de réorientation semble possible, il ne nous a pas été donné de l'observer. Ces propos traduisent plutôt la signification du rituel pour les cadres formatrices : la possibilité d'entrer en contact avec le corps de l'autre, y compris dans des contacts intimes, consacre les étudiantes comme des soignantes en devenir. Les autres peuvent appartenir au monde du soin – à l'image d'Annick qui est secrétaire médicale – mais elles ne peuvent pas devenir soignantes. Ainsi ce rite d'initiation s'apparente à ce que Bourdieu nomme un rite d'institution (Bourdieu 1982). Il s'agit de consacrer de futures soignantes, et non seulement des futures infirmières. Ainsi, les étudiantes qui résistent peuvent-elles affirmer qu'elles sont « faites pour ça ». Ce qui n'est pas donné à tout le monde. Tout comme le temps de retraite consacre la vocation des enfants qui sont appelés à devenir des prêtres, dans l'enquête de Charles Suaud, la confrontation avec le corps des patients consacre la volonté d'engagement[31] des étudiantes qui deviendront des professionnelles (Suaud 1975, p. 16).

5.3 Donner un sens professionnel à l'activité

5.3.1 Appropriations du cadre de référence

Pour comprendre ce qui permet de réussir l'initiation, il faut souligner que le « choc de la réalité » n'est pas ressenti de la même façon par toutes les étudiantes. Cette découverte est d'autant plus violente, que les étudiantes n'ont pu y être socialisées en amont. En effet, en fonction de leur parcours antérieur à l'entrée en IFSI, les étudiantes n'ont pas été sensibilisées de la même façon à ces aspects du métier. Par exemple, Marine a intégré l'IFSI de Voulin directement après l'obtention de son baccalauréat économique et social. Elle n'avait pas imaginé que la réalisation des toilettes puisse faire partie des tâches qu'elle aurait à réaliser. La violence du choc n'est pas une question d'âge. Ainsi, Catherine

31. ↑Nous parlons ici d'engagement dans le métier, plutôt que de vocation. Ce terme est parfois employé par les étudiantes, mais il fait débat dans la profession parce qu'il renvoie trop directement à l'histoire du groupe professionnel. (cf. chapitre 34, p.34).

est entrée à l'IFSI en 2010, à 35 ans. Avant cela, elle était « *agent commercial* » à son compte. C'est durant son congé parental qu'elle a décidé de changer de métier. Dans son parcours antérieur, elle n'a que pas été préparée à cette activité et a, elle aussi, ressenti douloureusement ce décalage. En fait, la violence du choc est partagée par des étudiantes qui, à leur entrée en IFSI, sont relativement éloignées du milieu du soin, bien que toutes ne l'expriment pas aussi clairement [32].

D'autres étudiantes ont pu bénéficier d'expériences socialisatrices avant leur entrée en IFSI. Une partie des étudiantes ont pu réaliser des stages d'observation. Certaines, dans le cadre de préparations au cours, ont été admises dans des unités de soin, hospitalières ou non. D'autres, qui ont des infirmières libérales parmi leurs connaissances – soit dans leur famille, soit parmi les amis de leurs parents ou les parents de leurs amis – ont pu les suivre pendant quelques jours. Ces stages d'observation permettent une première familiarité avec l'activité, même si les futures étudiantes n'y prennent pas part directement. Plus que de l'observation, certaines étudiantes ont pu déjà exercer ce type d'activité. Fabien a suivi une formation en BEP carrière sanitaire et sociale et a obtenu son diplôme en 2009. Il a poursuivi ses études dans la filière Sciences et Technologies de la Santé et du Social (ST2S). L'année du passage du bac, en 2012, Fabien tente plusieurs concours qu'il réussit. Après avoir obtenu son bac en juillet, il entre donc à l'IFSI en septembre. Il a réalisé son premier stage dans un service de psychiatrie en secteur dit « fermé » [33], dans lequel il n'a pas vraiment eu l'occasion de réaliser des toilettes. Il nous explique que son prochain stage sera très certainement en gériatrie ou dans un autre service dans lequel il pourra valider la compétence en « soins de confort et de bien-être » :

> *J'ai déjà fait ça pendant mon BEP donc j'appréhende pas. Mais c'est vrai que bon c'est pas simple. Des fois on voit des choses un peu... un peu dures. Et puis il y a aussi la mort, donc... que l'on peut côtoyer, là [en maison de retraite], un peu tous les jours.*
>
> *(Fabien, étudiant depuis trois mois et demi, promotion 2012-2015)*

Lorsque, comme Fabien, les étudiantes bénéficient d'expériences antérieures, elles ne découvrent pas la réalité de façon aussi crue que ça a été le cas pour Marine ou Catherine. Toutefois, si elle ne provoque plus nécessairement un choc, l'expérience reste potentielle-

32. ↑Expliquer à la chercheuse la difficulté de ce passage n'est pas aisé. Cela suppose d'évoquer des activités qui ont représenté une certaine violence parce qu'elles touchent à des objets tabous. Aussi préfèrent-elles très souvent passer rapidement sur ces apprentissages pour se concentrer sur ceux qu'elles estiment être les plus valorisants (Arborio *et al.* 1996).

33. ↑Cette dénomination renvoie au degré d'avancement et au type de maladie psychiatrique. Les secteurs fermés sont ceux dans lesquels sont envoyés les patients dont les symptômes sont jugés les plus graves.

ment source de difficultés. Enfin, certaines étudiantes ont pu exercer directement des tâches en rapport avec le soin dans le cadre d'une activité salariée. Ça peut être le cas lorsqu'elles ont travaillé en tant qu'agent de service dans certaines structures hospitalières ou non. Elles ont alors très souvent fait fonction d'aide-soignante. Ces délégations de tâches entre les catégories de soignantes sont également visibles lors de l'exercice à domicile, entre les personnels soignants et les travailleuses sociales. Les aides à domicile pour personnes âgées [34] se voient ainsi très souvent confier des tâches liées à l'hygiène corporelle (Avril 2014). Ces activités – dont l'exercice ne nécessite pas la possession du diplôme (Avril 2006, p. 95) – permettent à certaines futures étudiantes, à l'image d'Agathe, de réaliser une première expérience auprès de personnes dépendantes. Lorsque Agathe nous raconte son expérience de deux mois au sein d'une association d'aide et de soutien à domicile, elle est très enthousiaste et nous explique qu'elle « *adore* » ce travail. Elle insiste sur le fait qu'elle a envie de travailler en tant qu'infirmière, mais « *en gériatrie avec des personnes âgées* ». Ce qui semble assez rare [35]. Pour autant, elle déclare que dans cette expérience elle s'est très souvent retrouvée « *à [...] mettre les mains dans la merde* ». Cette première expérience lui a donc permis de se confronter à cet aspect du métier. Les étudiantes qui, comme elle, ont pu réaliser une première expérience dans ces contextes de soin à domicile ou en institution, ont déjà été sensibilisées à cet aspect de l'activité. Pour elles, le choc est moins violent lors des premiers stages en formation infirmière, puisqu'elles ont pu l'éprouver avant. Dans ce cas, c'est le fait que ces activités fassent effectivement partie du travail de l'infirmière qui doit être accepté. Pour cela, les toilettes doivent prendre sens dans le cadre de référence donné à l'IFSI.

5.3.2 La toilette comme soin relationnel au cœur de l'activité

Une première façon d'adopter le cadre de référence consiste à transformer la toilette en un soin indispensable :

Finalement la toilette... c'est un soin qu'on appréhende quand même, parce

34. ↑Dans la première partie de son ouvrage, Christelle Avril montre comment cette activité s'est progressivement structurée entre les années 1960 et 2000. Cette structuration s'est accompagnée de la création d'un diplôme de Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD) en 1988, qui alliait un mandat social et un mandat sanitaire. Il est remplacé en 2002 par le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS). Dans ce dernier, « l'aide à la toilette » fait partie des missions de l'auxiliaire de vie sociale qui devient une professionnelle polyvalente.

35. ↑C'est la seule des 23 étudiantes rencontrées qui nous tient ce discours dès la première année. Dans notre enquête, nous avons plus souvent observé et recueilli des discours négatifs à propos de la gériatrie en général et des Établissements pour Personnes Âgées Dépendantes [EHPAD] en particulier. Certaines cadres formatrices ou d'unité le déplorent d'ailleurs.

que tu rentres dans l'intimité de la personne. Tu rentres... c'est un soin très pudique. Et puis il faut que ça se passe bien une toilette. Parce que si ça se passe mal... t'es pas en relation avec la personne. C'est vraiment... un soin... ouais, franchement, je pense que c'est l'un des soins les plus importants en fait. Parce que c'est là où tu peux communiquer, où t'as une intimité, une certaine pudeur et... t'apprends plein de choses en fait, tu te... tu te confies.

(Marine, étudiante depuis un an et sept mois, promotion 2013-2016)

La toilette devient alors un moment propice pour créer une relation privilégiée avec les patients. Pour les premières années, cette façon d'apprendre à mieux connaître les patients est une première façon de pouvoir réaliser la « *prise en charge globale* ». En effet, pour ces étudiantes la lecture des dossiers de soins et des dossiers médicaux est encore ardue. C'est ce que nous avons pu constater dans le service de rééducation :

Premier jour du stage des premières années, lors d'une pause les deux étudiantes se retrouvent seules à l'office et se racontent ce qu'elles ont vu. L'une d'elle a récupéré une « bulle » [document qui sert de support aux transmissions orales entre les équipes. Il récapitule les principales données concernant les patients, leurs caractéristiques et l'évolution de leur état de santé], elle explique : « il faudra que je reprenne tout ça ce soir, je ne comprends rien, c'est du chinois ! ».

(Carnet de terrain, 10 mars)

La toilette devient alors un outil indispensable aux étudiantes de première année pour apprendre à connaître leurs patients. C'est ainsi que les étudiantes peuvent donner du sens à cette tâche qui pourrait, sans cela s'avérer difficile. Parfois, lors des entretiens, l'activité elle-même est occultée. C'est le cas pour Agathe qui a travaillé principalement au contact de personnes âgées dépendantes pendant son premier stage. Pendant notre entretien, elle met en avant la « relation de soin » qu'elle a pu créer avec les patients. Dans ce cas, le sens donné à l'activité est assez proche du processus de retournement du stigmate, mis en évidence par Anne-Marie Arborio (Arborio 1995). Le « sale boulot », effectué par les étudiantes, devient une possibilité de construire une certaine proximité avec les patients.

Ce contact privilégié avec les patients peut devenir une source de reconnaissance pour les étudiantes, comme l'explique Noémie :

Je me souviens, par exemple, en EHPAD de mon premier patient. Le premier patient que j'ai pris en charge, ma première toilette et tout et, enfin. C'était un monsieur et il était adorable. Enfin adorable. Il parlait pas, enfin je me souviens de ça, j'en avais parlé avec mon équipe aussi. Il parlait pas et il était allongé dans son lit toute la journée. Et je lui faisais sa toilette. Et pour, ils m'avaient... l'équipe m'avait évalué sur la toilette, après, pour voir si je faisais bien. Et ce jour-là, ce monsieur s'est mis à chanter. Il était tout heureux, il se bougeait bien.

Enfin il se bougeait bien. Il était, en fait je sais pas s'il a ressenti, enfin voilà. Parce que pareil il était dément, donc c'était difficile. Mais voilà, j'ai ressenti qu'il voulait m'aider. Et voilà, ça m'avait fait chaud au cœur. Bah forcément ça t'apporte quelque chose. Et puis c'était mon premier patient, c'était sympa.

(Noémie, étudiante en troisième année, promotion 2009-2012)

Noémie interprète le comportement du patient. Elle n'est pas sûre de ce qu'il a effectivement ressenti, mais elle considère qu'il était là pour l'aider. Le fait que les patients apportent de l'aide aux étudiantes peut sembler paradoxal. Ce qui est intéressant, ce n'est pas tant que le patient ait ou non voulu aider Noémie, c'est qu'à travers la réalisation de la toilette, elle ait eu le sentiment de nouer une relation privilégiée avec lui. Dans les services où les patients restent relativement longtemps, le fait de pouvoir tisser un lien avec les malades est un attendu. C'est ce que nous explique Béthanie :

Je me rappelle en tant qu'élève, on avait des affinités avec les patients qu'on nous donnait sous notre responsabilité. Parce qu'on nous apprend à gérer un groupe de patients, au départ c'est deux, trois, quatre, enfin voilà. Et il y a des affinités qui se créent, parce que les gens « ah ben c'est ma petite élève qui s'occupe de moi », enfin il y a un petit quelque chose comme ça.

(Béthanie, infirmière tutrice en rééducation)

Comment parvenir à établir cette relation privilégiée ? La réponse à cette question n'est pas accessible, pas plus pour la chercheuse que pour les enquêtées elles-mêmes. Certains savoirs ne se transmettent pas, ils doivent être (re)découverts en situation (Stroobants 2008). Il en va ainsi de la construction d'une relation avec un patient. Les étudiantes peuvent effectivement apprendre lors de leurs cours en IFSI, que les patients ont telles et telles caractéristiques ou qu'ils peuvent potentiellement avoir telles et telles réactions. Elles peuvent comprendre ce qui se joue et anticiper un comportement possible. Cependant, ce n'est véritablement que confrontées à la situation qu'elles pourront découvrir comment s'y prendre. C'est donc en situation que la possibilité d'entrer en relation s'éprouve. Pour autant, les étudiantes ne sont pas laissées totalement seules. Elles sont accompagnées par les soignantes des services. Ces dernières ne leur confient pas n'importe quels patients. Lors de nos observations dans un service de rééducation, nous avons pu assister aux discussions entourant le choix des patients pour les étudiantes de première année :

Dans l'office, à la fin de la pause-café du matin. C'est le deuxième jour de stage des étudiantes de première année. La cadre de santé leur a expliqué hier qu'elles

seraient toute la semaine avec les aides-soignantes[36]*. Les aides-soignantes discutent de la façon dont elles vont se répartir dans les différents secteurs. Se pose alors la question du choix des patients dont les étudiantes auront à s'occuper. [...] Les étudiantes rappellent que la cadre de santé leur a demandé de prendre en charge un patient en « toilette complète » et un en « aide partielle ». Les aides-soignantes interrogent les infirmières à propos de ce choix. Ces dernières expliquent qu'elles n'y ont pas réfléchi et quittent rapidement l'office. Une aide-soignante se plaint « c'est pas à nous de choisir ! » Sa collègue lui répond « pourquoi, t'es pas capable ? ». La première : « si mais bon... ». Les aides-soignantes entament alors un débat sur le choix des patients. [...] Le choix se porte sur des patients « pas trop difficiles », qui ont « un bon caractère ». Une patiente est éliminée parce qu'elle est opposante aux soins. [Elle griffe régulièrement les soignantes durant les soins.] Un premier choix est arrêté. Mais finalement une des aides-soignantes fait remarquer « Mme G. elle est pas très intéressante au niveau infirmier*[37]*... il vaudrait mieux Mr. Ga. ». Les aides-soignantes semblent toutes d'accord. Elles précisent qu'elles feront valider ces choix par les infirmières et la cadre de santé.*

(Carnet de terrain, 12 mars)

Certains patients sont ainsi écartés, principalement ceux qui peuvent être violents, physiquement ou verbalement, envers les soignantes. Cela ne signifie pas que le contact avec les autres patients sera nécessairement un contact « facile ». Tout l'enjeu de ce choix, c'est de trouver des patients qui seront suffisamment « *intéressants* » pour que les étudiantes puissent progresser. Il s'agit de placer les étudiantes face à des épreuves qu'elles devront surmonter. Il faut toutefois s'assurer que ces difficultés soient raisonnables. Dans le cas présent, des patients totalement opposants aux soins ne conviennent pas pour des étudiantes de première année. Ensuite, c'est à l'étudiante de trouver comment créer une relation avec le ou la patient.e et comment l'entretenir dans un cadre professionnel. Ce qui permet de rester dans ce cadre professionnel, c'est de trouver quelle « distance » adopter avec les patients. Si l'étudiante est trop distante, le travail ne pourra pas être correctement réalisé au sens où l'entendent les professionnelles. Si l'étudiante est trop proche, elle court le risque d'être assimilée à un membre de la famille et donc renvoyé dans la sphère profane. Entre ces deux extrêmes, une multitude de façons sont possibles. Les professionnelles proposent aux étudiantes des situations qui les mettent face à des difficultés. Ce qui rend les

36. ↑Dans ce service, la partition entre les tâches des aides-soignantes et celles des infirmières est très marquée. Ce qui n'est pas toujours le cas. Nous avons pu observer des tensions assez prononcées entre les deux équipes paramédicales, sans pour autant vraiment comprendre ce qui pouvait en être la cause. Là n'était pas notre objet.

37. ↑Mme G. est une patiente qui, selon les soignantes, n'a plus grand chose à faire dans le service. Elle s'est faite opérer du genou il y a plusieurs mois mais, atteinte d'obésité, elle ne peut pas rentrer chez elle sans de nombreux aménagements de son domicile. Il semble que sa situation familiale et économique soit compliquée et que ces aménagements aient pris beaucoup plus de temps que prévu.

étudiantes compétentes, c'est le fait de surmonter ces épreuves. Elles doivent alors transformer l'activité problématique en une ressource et pour cela elles modifient sa signification. Ce faisant elles apprennent progressivement à devenir des infirmières (STROOBANTS 1993, pp. 310-315).

5.3.3 La toilette, une technique de soin (parmi d'autres)

Une autre façon de faire fonctionner le cadre de référence consiste à considérer que les toilettes sont une technique de soin, parmi d'autres :

> *Si [dans mon premier stage] j'avais été, par exemple, les deux premières semaines avec les aides-soignants, voilà, j'aurais fait quoi ? Toilettes, réfections de lit, désinfection vite fait de la chambre, voilà enfin. Ça fait partie du métier mais bon, moi je voulais voir aussi autre chose en plus quoi. Parce que bon j'en avais déjà fait auparavant. J'avais fait un stage en clinique pendant une semaine donc du coup j'en avais déjà fait. Donc je voyais déjà à peu près la technique. Donc voilà ça méritait pas d'y passer deux semaines. Donc là c'est vrai que c'était bien parce que j'ai pu en faire un peu de temps à autre et puis revenir à des soins plus techniques et puis voilà. Et puis revenir aussi à des soins relationnels qui étaient super importants surtout en psychiatrie. Donc voilà. Moi j'ai préféré personnellement.*
>
> *(Sophie, étudiante depuis quatre mois, promotion 2012-2015)*

Le stage en clinique dont parle Sophie est un stage qu'elle a réalisé en classe de troisième. Sophie a passé une semaine dans la clinique d'un ami de son père qui en est le directeur. Durant ce stage, elle explique ne pas s'être contentée d'observer mais avoir activement participé au travail des aides-soignantes, notamment à la réfection des lits. Pour Sophie, la réalisation des toilettes est une activité réduite à une technique, qu'elle juge simple. Il n'est donc pas nécessaire d'y consacrer beaucoup de temps pour la maîtriser. Sophie explique d'ailleurs que les « *soins de confort et de bien être* » ne sont pas ceux qui l'intéressent le plus. Ce type de discours, utilisé par plusieurs autres étudiantes, est une façon de tenir à distance ces soins, bien que les étudiantes ne puissent totalement échapper à leur réalisation. Les étudiantes sont conscientes qu'elles doivent, au cours de leur première année, valider la compétence relative à « l'accompagne[ment d']une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » [38]. Pour cela, elles doivent obtenir cette validation par les professionnelles qui les encadrent [39]. Ainsi, dans le service où nous avons réalisé nos observations, les aides-soignantes remplissent un document, interne au service, attestant de la progression des

38. ↑Compétence 3, Référentiel de compétences, Annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009.
39. ↑La validation de cette compétence est nécessaire au passage dans l'année supérieure, ainsi qu'à l'obtention de l'équivalence avec le Diplôme d'État d'Aide-Soignante (DEAS).

étudiantes. Si Sophie peut tenir ce discours dès la première année, c'est sans doute parce qu'elle a effectué son premier stage dans un service de psychiatrie dans lequel les toilettes sont peu nombreuses et les patients relativement autonomes[40]. Cette stratégie, vis-à-vis des soins dits de *nursing*, est plus souvent employée dans des discours d'étudiantes de deuxième et de troisième année :

> *Tout ce qui est soin de, d'hygiène et de confort. C'est, on va dire que c'est la base [...] C'est la base dans le sens où si tu sais pas faire de toilettes, si tu peux, si tu sais pas apporter des soins de confort à un patient, tu ne peux rien faire. Et puis ça permet aussi de voir l'organisation du service de connaître les patients avant vraiment de les prendre en charge, médicalement parlant.*
>
> *(Nathan, étudiant en reprise de formation depuis quelques jours, promotion 2009 -2011[...]2012-2014)*

A l'image de Nathan, certaines étudiantes vont rapidement considérer que les soins relatifs à l'hygiène corporelle font partie du faisceau de tâches de l'infirmière mais que ces soins ne constituent pas le cœur du métier (Hughes 1996, p. 71). Ces tâches font partie du rôle de l'étudiante. Cependant, plus les étudiantes avanceront dans leur formation et plus cette activité devra être déléguée aux aides-soignantes. Si le fonctionnement du programme de formation de 2009 impose que ces soins soient validés à chaque stage, les infirmières des services de soins attendent que les étudiantes ne s'y cantonnent pas. Les étudiantes doivent alors apprendre à doser la répartition de leur travail. Les étudiantes s'occupent de plusieurs patients dont elles doivent assurer « *la prise en charge de A à Z* », comme le répète Béthanie l'infirmière tutrice du service de rééducation. Dans le service de rééducation, où nous avons réalisé nos observations, dès le premier jour du stage Louise, la cadre de santé rappelle aux étudiantes :

> *Ce qui est important c'est que vous preniez vos patients en charge globalement, il ne faut pas découper le travail entre les infirmières et les aides-soignantes. Cela vous permettra de vous rendre compte de la charge de travail et puis de prioriser et d'organiser les soins.*
>
> *(Carnet de terrain, 10 mars)*

Au fur et à mesure de l'avancée du stage et en fonction de leur niveau d'étude, les étudiantes vont peu à peu apprendre à déléguer les soins de confort et de bien être aux aides-soignantes. Cet apprentissage est important. Si la complexité de la prise en charge est graduelle à la fois selon les années d'études et selon le moment du stage, les étudiantes

40. ↑Sophie nous indique qu'il n'y a pas d'aides-soignantes dans ce service, seulement des infirmières et des ASH.

sont ici socialisées à la place particulière de l'infirmière dans le monde du soin. Ce qui est important, c'est que malgré les différences entre les services, les étudiantes apprennent à tenir le rôle de l'infirmière. À partir de ces apprentissages spécifiques, les cadres formatrices attendent des étudiantes qu'elles s'approprient le cadre de référence fourni par l'IFSI.

5.4 Les cadres formatrices à l'IFSI garantes de la formation d'infirmières « généralistes »

5.4.1 Des « lignes de stage » diversifiées

L'un des objectifs des cadres formatrices est d'assurer le caractère « généraliste » du diplôme d'État. Le référentiel de formation précise qu'il existe quatre types de stages obligatoires qui « *sont représentatifs de « familles de situations, c'est-à-dire des lieux où l'étudiant rencontre des spécificités dans la prise en soins* ». Cette façon de découper les stages en « familles de situations » s'appuie sur des travaux réalisés au niveau européen, dans un objectif d'harmonisation des formations en soins infirmiers [41]. Le premier type est intitulé « *soins de courte durée* » [42]. Il correspond à des stages dans des services de chirurgie, de médecine ou d'obstétrique, à l'hôpital ou en clinique. Le second type, les « *soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation* », correspond à la fois à des services de rééducation, en hôpital ou en clinique, mais aussi à des EHPAD et des maisons de retraite. Les « *soins en santé mentale et en psychiatrie* » constituent le troisième type. La psychiatrie est donc identifiée comme un type spécifique, bien que certaines unités spécialisées dans des maladies mentales liées à l'âge, de type Alzheimer, puissent également faire partie de cette catégorie. Enfin, le quatrième type de soins concerne les « *soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie* ». Il regroupe des stages correspondant au domaine de la santé publique, dans les infirmeries de collèges ou de lycées, dans des services de médecine du travail ou de médecine préventive, dans des dispensaires ou encore en crèche. C'est également dans cette catégorie que sont intégrés les stages qui se déroulent au domicile des patients, à savoir ceux réalisés dans des cabinets d'infirmières libérales, dans des Services de Soins

41. ↑Projet Leonardo – CRESI (Création d'un Référentiel Européen de compétences en Soins Infirmiers). En France, ce projet a mobilisé : une conseillère pédagogique nationale de la DHOS, qui est elle-même une ancienne infirmière devenue cadre de santé, puis directrice des soins et directrice d'institut de formation des cadres ; mais aussi des cadres de santé formatrices dont une est responsable du projet en France, et de cadres de santé d'unités. La composition des membres semble en aller de même dans les autres pays. Ainsi ce sont toujours les cadres de santé qui organisent la formation des infirmières.

42. ↑Référentiel de formation, « 6. Formation clinique en stage », paragraphe « Parcours de l'étudiant en stage ». Annexe n °3 de l'arrêté du 31 juillet 2009.

Infirmiers A Domicile (SSIAD) ou dans le cadre d'hospitalisations à domicile assurés par des structures hospitalières (HAD).

Depuis 2009, si le temps consacré aux stages représente toujours la moitié de la formation, le nombre de stages réalisés par chaque étudiante est passé d'une quinzaine à sept [43]. La nouvelle organisation prévoit en effet des stages plus longs : entre cinq et dix semaines, quand l'ancien programme comprenaient plus souvent des stages de quatre semaines. Seul un stage, dit de « projet professionnel », en troisième année comptait entre huit et douze semaines. L'organisation de la formation ne prévoit pas que les étudiantes puissent choisir leurs stages, même si une préférence peut leur être demandée à partir de la deuxième année [44]. D'après les témoignages que nous avons recueillis sur des sites internet spécialisés [45], chaque IFSI a son propre mode de fonctionnement. Toutefois, dans aucun des IFSI, les résultats – ceux du concours ou ceux des examens à l'IFSI – ne sont pris en compte pour l'attribution des stages. Cette façon de procéder est aux antipodes de ce qui peut être pratiqué en médecine et qui aboutit à la mise en concurrence des étudiants (Hardy 2003). La répartition des étudiantes dans les terrains de stage est, à l'IFSI de Voulin, organisée par l'une des directrices adjointes. Elle nous explique ce qui est important pour elle :

> *J'essaye, autant que faire se peut, de construire des lignes de stage pour les étudiant[e]s sur leurs trois ans. Lignes qui répondent déjà aux typologies de stage et puis une certaine cohérence et graduation comme j'expliquais à la réunion [avec les partenaires de stage]* [46]*, c'est-à-dire que ben si l'étudiant, il est allé en longue durée, donc on va dire pour les personnes âgées pour faire court, dans une maison de retraite, et qu'il doit refaire et bien j'essaye qu'il aille à ce moment-là, sur le site [spécialisé en gériatrie] au CHU, parce que ce n'est pas la même prise en charge que la maison de retraite. S'il a fait un service de chirurgie, et puis que je veux qu'il fasse un service de médecine, et bien soit je l'ai mis dans une structure privée pour l'un ben je mets en structure publique pour l'autre. Parce que c'est, il n'y a pas les mêmes moyens, c'est pas les mêmes données. Voilà. Ça c'est l'idéal.*
>
> *(Ophélie, cadre supérieure de santé, IFSI de Voulin)*

43. ↑Le précédent programme de formation prévoyait des stages obligatoires répartis selon les types de publics et/ou de pathologies : médecine ; chirurgie ; psychiatrie ; pédiatrie ou pédo-psychiatrie ; santé publique ; gériatrie ou géronto-psychiatrie ; réanimation, urgences, soins intensifs ou bloc opératoires. Vingt autres semaines étaient organisées librement par les IFSI, à la condition qu'elles comprennent des stages dans au moins trois disciplines différentes. La diversité était donc également de mise.

44. ↑Sur ce point le référentiel de 2009 n'a pas apporté de modification.

45. ↑Parmi les sources d'informations, nous avons consulté le forum , et les sites internet de différents IFSI.

46. ↑Réunion à laquelle nous avons assisté (cf. Retour sur l'enquête, p.11).

Ophélie fait en sorte que les étudiantes aient rencontré un maximum de types d'exercices, de structures et d'unités, durant leurs trois années d'études. Elle précise qu'au terme de leur formation, les étudiantes :

> *ont un diplôme d'État d'infirmier finalement novice et... polyvalent. Le but c'est pas qu'ils aient... Bon tant mieux s'ils ont développé des compétences un peu pointues, mais moi je dis toujours aux collègues des unités de soins là du CHU « attention là le niveau il est exigeant et tous les étudiants ne travailleront peut-être pas en CHU et n'auront pas forcément besoin de compétences si pointues ». Reprocher à un étudiant de ne pas savoir faire marcher la machine lambda qui, de toute façon, dans deux ans elle sera... obsolète. Et il travaillera peut-être jamais dessus, c'est pas bien grave quoi. C'est... quels sont les, les, vraiment les invariants et les... les soins prévalents, qu'une infirmière doit maîtriser quoi. C'est ça qui nous importe.*
>
> *(Ophélie, cadre supérieure de santé, IFSI de Voulin)*

Le souci premier des cadres de l'IFSI n'est pas de former les étudiants à l'ensemble des soins techniques, mais bien de les préparer à pouvoir exercer dans différents services de soins à partir d'une formation généraliste.

5.4.2 Évaluer l'appropriation du cadre de référence

Si une partie importante de l'évaluation est réalisée par les équipes dans les services de soin, les cadres formatrices ont un rôle dans la validation des stages des étudiantes.

Lors de chacun de leurs stages, les étudiantes sont évaluées par des cadres formatrices de l'IFSI, qui sont référentes des terrains de stage. Elles viennent directement dans le service pour évaluer les étudiantes sur des « *démarches de soins* ». Il s'agit de faire présenter aux étudiantes les éléments importants qui permettent de prendre en charge les patients. Cet exercice se décline, bien entendu, selon les spécificités du service. Toutefois, un certain nombre d'éléments sont communs. Les étudiantes doivent présenter les patients qu'elles ont en charge dans le service : leur pathologie, mais aussi leur histoire de vie plus généralement et expliquer l'organisation de leur prise en charge. Dans le service de rééducation, lors de l'évaluation de Gaston, un étudiant de deuxième année, la cadre formatrice le reprend sur cette présentation :

> *« Je t'interromps, je ne comprends pas trop la situation de ce monsieur parce que je n'ai pas le motif d'hospitalisation. Il doit arriver plus tôt dans la présentation. Il faut que tu racontes une histoire, l'histoire du patient mais en agençant les éléments de façon logique. Demande-toi : Qu'est-ce que ma collègue a besoin pour prendre en charge le patient ? »*

Ce patient a été admis dans le service après un accident de moto dans lequel il s'est fracturé les deux jambes. Il a été opéré dans un service de chirurgie et transféré en rééducation le temps de la cicatrisation.

Dans un second temps, Gaston présente ensuite les différents problèmes de santé du patient : il explique qu'il a fait une embolie pulmonaire d'une part et d'autre part il a une diminution de la mobilité du fait de ses fractures. Là encore, il est arrêté par la cadre formatrice, le problème à mettre en avant n'est pas la diminution de la mobilité. Cette dernière est une conséquence du problème « fracture ». L'étudiant semble perdu. La cadre formatrice lui dessine un schéma sur lequel elle place un bonhomme (qu'elle nomme « gugusse ») au centre. Puis, l'étudiant et la cadre formatrice listent les problèmes de santé de ce patient. Certains relèvent du domaine médical : l'embolie pulmonaire et la fracture. La première doit être traitée en priorité. De la fracture découlent un ensemble d'autres problèmes : une anémie ; de la douleur ; ainsi qu'un déficit sensorimoteur qui peut lui-même amener de l'anxiété. Ces problèmes sont identifiés comme traités « en collaboration », entre le médecin et l'infirmière. Enfin, une dernière série de problème est identifiée comme relevant des diagnostics infirmiers : le « déficit en soins personnels » [le fait que le patient ne puisse pas réaliser seul les soins d'hygiène notamment] ; la motivation et le risque de constipation. Gaston explique que ce qui est le plus important c'est le déficit en soins personnels.

La cadre formatrice le reprend : « en général, vous [les étudiants] vous priorisez les problèmes en fonction de votre charge de travail et non par rapport au ressenti du patient. Ce qui prime ici c'est quoi ? »

Gaston : « c'est la motivation ».

La cadre formatrice : « oui parce que le fait de rester motivé est très important, le reste découle de ça. Et moi le déficit en soins personnels je le mettrai en dernier [c'est une conséquence des autres problèmes et non un problème en lui-même].

(Carnet de terrain, 6 mars)

Lors de cette évaluation, la cadre formatrice insiste sur deux choses : l'identification des problèmes de santé en fonction des professionnelles qui les évaluent et la hiérarchisation dans chaque catégorie de l'importance des problèmes. Les cadres formatrices attendent que les étudiantes identifient le rôle de l'infirmière dans le service en particulier. Les étudiantes doivent faire fonctionner le cadre de référence, fourni à l'IFSI, à partir des patients qu'elles ont à prendre en charge dans le service. Soulignons que ce type d'évaluation peut être renouvelé plusieurs fois dans le stage, permettant aux étudiantes de réaliser les ajustements.

Les étudiantes sont également évaluées lors de temps de suivi pédagogique. Les cadres formatrices les reçoivent en entretien, après la fin du stage en général. Les étudiantes doivent

alors présenter des « *analyses de pratique* ». Cette présentation consiste en une réflexion, à visée (auto)critique sur la manière dont se sont déroulées une ou plusieurs situations de soin. Il s'agit là encore d'évaluer l'appropriation progressive du cadre de référence. Une formatrice résume le but de ces entretiens :

> *On est plus là pour voir justement quel professionnel va émerger de cet individu en formation.*
>
> *(Élodie, cadre formatrice IFSI de Voulin)*

À la fin de chaque stage, les cadres formatrices qui sont chargées du suivi pédagogique des étudiantes vont s'appuyer sur les différents éléments d'évaluation – l'évaluation réalisée par les professionnelles de terrain, celle réalisée par la cadre formatrice responsable du stage et leur propre évaluation de l'analyse de pratique [47] – et décider de proposer la validation du stage à la Commission d'Attribution des Crédits (CAC) [48]. D'après les éléments dont nous disposons, la CAC a surtout une mission de vérification administrative, par rapport au temps passé par l'étudiante en stage et à la conformité du temps en stage. Pour ce qui est de la validation qualitative, il semble que la CAC se range à l'avis donné par la cadre formatrice. Les cadres formatrices de suivi pédagogique émettent un jugement sur la façon dont l'étudiante s'approprie le cadre de référence proposé par l'IFSI. Pour les cadres formatrices, les étudiantes qui sont considérées comme de « bonnes » étudiantes sont celles qui parviennent à faire fonctionner le cadre de référence dans les situations particulières qu'elles rencontrent lors de leurs différents stages. Ce sont celles qui parviennent à donner un sens à l'activité. Sans cela il n'est pas possible de rester dans la formation, comme nous le disait un cadre formateur « *on se carbonise* ». Quand les cadres formatrices estiment que les étudiantes sont sorties du cadre de référence, elles les amènent à quitter la formation. C'est ce qui est arrivé à Lola, à la suite de sa seconde interruption de stage :

> *Avec la directrice on a pris un rendez-vous ensemble pour en parler. Et donc je pense qu'on s'est très mal compris, parce que du coup moi je lui ai expliqué ce qui se passait et tout [elle fait des crises d'angoisse lors des stages]. Donc elle, elle m'a dit qu'elle pensait que ça ne se réglerait pas, que du coup ça allait m'apporter plus des soucis qu'autre chose, et qu'elle pensait que je devrais changer de formation. Donc ça m'a un peu embêté pendant quelques semaines, parce que moi j'ai vraiment essayé de continuer mon truc, ça me plaisait tu vois, j'avais vraiment envie de faire ça. [...] Je lui ai dit « ben d'accord mais j'aimerais quand même essayer, est-ce que je peux quand même passer mes partiels ? Au moins essayer de valider quelque chose, voilà continuer quoi. »*

47. ↑Le support destiné à la réalisation de cette analyse de pratique est consultable en annexe.
48. ↑Le document récapitulatif de ces évaluations est consultable en annexe

Et donc elle en fait m'a dit « non non, mais je pense que c'est pas la peine de vous forcer donc... ben on arrête là voilà, au revoir. » [...] Et donc du coup ben ça s'est terminé, donc j'ai changé. J'ai arrêté. Donc là du coup j'ai fait un... un arrêt définitif.

(Lola, étudiante de première année en arrêt de formation)

C'est parce que Lola n'a pas réussi à surmonter l'épreuve du contact avec les patients, au point que ça en devienne pathologique, que Lola n'est pas jugée apte par les cadres formatrices. Elle est dès lors amenée à quitter la formation.

Conclusion du Chapitre

La première sensibilisation au cadre de référence ne produit vraiment des effets – ne devient un élément de socialisation – que lorsque les étudiantes mettent en pratique ce cadre pour donner du sens aux situations vécues en stage. Ainsi, que les toilettes soient considérées comme un soin « central » de l'activité infirmière ou bien qu'elles deviennent un soin « parmi d'autres », les étudiantes doivent les penser comme faisant partie des tâches qui permettent aux infirmières de réaliser le « prendre soin ». Les étudiantes sont socialisées à la place et au rôle que les infirmières occupent dans le monde du soin. Ce processus de socialisation passe par des apprentissages *in situ* et la mise en œuvre du cadre de référence, fourni par les cadres formatrices, pour leur donner un sens. Les cadres formatrices accompagnent ces apprentissages *in situ* par des évaluations plus générales visant à s'assurer que les étudiantes s'approprient effectivement le cadre de référence. Les cadres formatrices ont pour objectif de préparer les étudiantes à exercer en tant qu'infirmière « polyvalente », toutefois les apprentissages se réalisent dans des situations particulières au contact de professionnelles particulières. Pour donner une certaine unité à ces expériences, il est nécessaire de les replacer dans le cadre du « *prendre soin* ». Il existe donc un mouvement de va-et-vient entre les évaluations des cadres formatrices et celles des professionnelles dans les services de soin. Les apprentissages qui ont lieu à l'IFSI et en stage permettent aux étudiantes d'acquérir une culture commune. Toutefois, l'appropriation de cette culture commune, pour importante qu'elle soit, ne suffit pas à devenir professionnelle.

Chapitre 6

Des infirmières « en particulier »

Introduction

Nous venons de voir que la formation des étudiantes est un processus de conversion identitaire. Il suppose la mise en œuvre d'un cadre de référence lors des situations particulières rencontrées lors des stages. Ce cadre, fourni par les cadres formatrices à l'IFSI, permet aux étudiantes infirmières de passer du statut de profane à celui d'étudiante infirmière. La formation en IFSI consiste en l'appropriation d'une culture commune à l'ensemble de la profession. La formation en soins infirmiers se réalise en alternance : la moitié du temps au sein des IFSI et l'autre moitié en stages, dans des unités de soin. Dans ces périodes de stages, les étudiantes sont encadrées par des professionnelles en activité qui ont chacune des conceptions particulières de leur activité. Dans ce dernier chapitre, nous reviendrons sur la dernière phase du processus de fabrication des professionnelles, en nous intéressant à l'articulation entre la conception « généraliste » fournie par les cadres de santé à l'IFSI et celle plus « particulière » des professionnelles dans les unités de soin. Nous montrerons alors que le processus qui conduit à devenir professionnelle suppose l'intégration dans un collectif de travail particulier, une fois diplômée.

6.1 Perspective étudiante (Becker *et al.* 1961)

6.1.1 Devenir « professionnelle »

En paraphrasant les auteurs de *Boys in White*, nous dirons que pour devenir infirmière, il ne suffit pas d'ingurgiter des connaissances, il faut aussi apprendre à jouer son rôle dans

le « *drama* »[1] spécifique qu'est celui du monde du soin (Becker *et al.* 1961, p. 4). Lors de leurs stages, sur les différentes scènes dans lesquelles se déroule le travail, les étudiantes identifient la distribution des rôles entre les catégories de professionnels. Elles se rendent également compte que le rôle d'une infirmière peut être différent d'un service à l'autre. Ces différences peuvent être constatées à partir des supports écrits – papiers ou informatisés – utilisés lors des transmissions orales[2]. Chaque unité de soin a, plus ou moins, institué une façon particulière de prendre des notes, lors des transmissions à chaque début de poste. En neurochirurgie, par exemple, les soignantes utilisent une simple feuille blanche pour noter les précisions de leurs collègues, en ce qui concerne les opérations des patients. Dans le service de neurologie, la saisie à l'ordinateur et l'impression d'un support papier nommé « bulle », contient un résumé de ce qui est arrivé au patient depuis son arrivée dans le service. Les différentes formes prises par les supports des transmissions traduisent une divergence fondamentale des représentations de ce que doit être une « bonne » prise en charge du patient : portant sur différentes dimensions en médecine et plus centrée sur l'opération elle-même en chirurgie. On retrouve également ce type de différences dans certaines recherches menées à propos de la formation des médecins. Ainsi les médecins de soins palliatifs doivent apprendre à replacer le malade au centre de leurs préoccupations (Schepens 2014b), tandis que les internes en chirurgie apprennent progressivement, à centrer leurs observations uniquement sur les pathologies (Zolesio 2012). Pour les étudiantes, écouter les transmissions permet donc d'approcher la culture particulière du service. Dans un premier temps, ces expériences prennent sens à la lumière du cadre de référence, fourni par les cadres formatrices. Même si les infirmières n'ont pas partout le même rôle, les étudiantes apprennent que les infirmières ne sont jamais cantonnées au seul rôle d'exécutantes vis-à-vis des médecins. Elles apprennent le contenu du mandat des infirmières : ces dernières sont les garantes d'une prise en charge spécifique des patients qui interdit de les réduire à leurs pathologies. Elles apprennent également que les infirmières doivent déléguer une partie de leur travail aux aides-soignantes. Cette délégation de tâche est délicate et doit être réalisée avec tact, compte tenu de leur statut d'étudiante. En effet, les étudiantes infir-

1. ↑Nous conservons le terme anglais « *drama* » pour préserver la spécificité du concept, à l'origine élaboré par Everett Hughes dans *The Social Drama of Work* (Hughes 1976). Le « *drama* » renvoie à mise en scène des rapports entre les différentes catégories de travailleurs, à leur théâtralisation. Cette métaphore théâtrale vise à rendre compte du fait que chaque acteur à un rôle à jouer, et que pour bien le jouer il doit respecter un certain nombre de règles et de code établis. La pièce dans laquelle il joue n'est alors pas nécessairement connotée positivement ou négativement. La traduction du terme en français par « drame » (Hughes 1996), a tendance à masquer cette neutralité au profit d'une lecture connotée négativement des rapports entre les acteurs (Gadéa, Cleau 2013).

2. ↑Nous avions nous-même fait ce constat lors de nos travaux de Master.

mières ne seront pas d'emblée confrontées à ce « *drama* » en tant que professionnelles. Elles vont en faire l'expérience en tant qu'étudiante de première, deuxième ou troisième année. En première année, elles ont surmonté une première étape de la construction identitaire, elles ne sont déjà plus des profanes. Pour autant, le processus est encore long avant qu'elles ne deviennent des professionnelles. Pendant leurs années d'études, l'une des préoccupations principale des étudiantes, c'est d'être prises au sérieux. Cette préoccupation, déjà relevée par Fred Davis, est liée à la simulation de rôle (Davis 1968, p. 247). Les étudiantes ne se sentent pas « vraiment » infirmières, et pour cause : elles ne le sont pas encore. Elles ne deviendront véritablement professionnelles que lorsqu'elles auront obtenu leur diplôme d'État. En attendant elles se trouvent dans un entre-deux. Être étudiante, c'est avoir une identité liminaire. Elles ne sont plus profanes, mais pas encore professionnelles. Elles tendent cependant à le devenir et pour cela les étudiantes vont chercher à prouver le caractère professionnel de leurs actions. L'un de ces marqueurs est la réalisation « efficace » des soins auprès des patients :

> *[Si] je me retrouve dans un service demain, on me demande de faire une prise de sang, c'est possible que je me foire quoi. [...] je trouve que ça enlève toute crédibilité en fait. Enfin t'es infirmière et... les gens, t'es infirmière, ils pensent que tu ne fais que les prises de sang et les pansements. T'es une toute jeune, t'arrives, tu fais ta prise de sang, tu la loupes, qu'est-ce qu'ils vont penser de toi les patients ? Enfin. En vrai. Alors certes mes compétences, j'ai validé beaucoup de compétences dans mon portfolio mais c'est vrai qu'en technique... il n'y a pas beaucoup de choses de validées quoi. Tout ce qui est soins de trachéotomie, enfin j'en verrai jamais, ça c'est sûr et certain, c'est fini.*
>
> *(Marine, étudiante depuis un an et sept mois, promotion 2013-2016)*

La capacité à réussir un geste de soin est alors ce qui permet aux étudiantes d'exposer leur statut de futures professionnelles. Sans cela elles ont l'impression d'être en quelque sorte des « amatrices », de rester du côté des profanes. Cette inquiétude est présente y compris lorsque cette capacité a réussir un geste de soin est critiquée ou remise en cause. Marine est ici consciente que le rôle de l'infirmière n'est pas uniquement un rôle d'exécution efficace des soins. Elle a adhéré au cadre de référence proposé par les cadres formatrices : elle sait que le mandat des infirmières ne se limite pas à la réalisation d'actes. Pour autant, elle pense que cette exécution efficace lui permettra d'être reconnue comme professionnelle. Cette inquiétude est une inquiétude propre aux étudiantes. Elle n'est pas partagée par les infirmières diplômées que nous avons rencontrées. Elles reconnaissent volontiers qu'elles ne parviennent pas toujours à réaliser les soins, comme cette infirmière anesthésiste au bloc

opératoire :

> *Moi même ça m'arrive des fois de... pas perfuser quelqu'un du premier coup. Il faut que je m'y reprenne une fois, deux fois, trois fois. Et des fois j'y arrive pas du tout. Donc je passe la main.*
>
> *(Séverine, infirmière anesthésiste, Hôpital de Pantun)*

Toutes les infirmières, que nous avons rencontrées, expliquent qu'elles peuvent ne pas parvenir à réaliser un geste. Cela ne remet pas en cause leur statut de professionnelle. Elles expliquent que, dans ces cas-là, il est même nécessaire de ne pas insister, pour le bien du patient. Ainsi, le geste ne fait pas la professionnelle. Pour autant on ne peut pas être professionnelle si on ne maîtrise pas le geste. Si Séverine n'y arrive pas « *des fois* », il serait impensable qu'elle n'y arrive jamais. Toutefois, Séverine est déjà reconnue comme une professionnelle, aussi, lorsqu'elle ne parvient pas à maîtriser le geste, elle le reconnaît et passe la main, pour le bien du patient. Les étudiantes, elles, ne peuvent compter sur la légitimité de leur diplôme pour assurer leur reconnaissance professionnelle, puisqu'elles ne l'ont pas encore. Ainsi, alors même que les cadres formatrices et les infirmières des services ne mettent pas nécessairement la réalisation des gestes au cœur des apprentissages, la situation des étudiantes les contraint à maîtriser, a minima, ces gestes. C'est la quête de reconnaissance d'un statut qu'elles ne possèdent pas encore – celui de professionnelle – qui amène les étudiantes à développer cette perspective commune (Becker *et al.* 1961, p. 35 et suivantes). Les étudiantes doivent parvenir à une maîtrise relative des gestes techniques, qui font partie du faisceau de tâches de l'infirmière, pour pouvoir être reconnues comme faisant partie du groupe professionnel.

6.1.2 Différents lieux pour différents apprentissages

Une partie des gestes de soins parmi les plus fréquemment pratiqués par les infirmières – prises de sang, poses de cathéter, transfusions sanguines, injections en chambre implantable, etc. – sont appris au cours de travaux pratiques (TP). De même que pour les toilettes, les TP servent avant tout à l'apprentissage des règles de bonne pratique. Il s'agit de connaître les « règles de l'art », comme nous l'explique cet étudiant à propos des prises de sang :

> ***E.*** *: Et sur les soins techniques, tu disais que vous avez appris à piquer avec un bras et tout ça et, enfin, ça t'a aidé ?*
> ***Arnaud*** *: Oui ben ça aide un peu. Enfin, ça aide pour savoir ce qu'il faut regarder, ce [à quoi] il faut faire attention. En fait c'est plus ça, enfin. Après piquer en soi... Enfin en général, c'est un bras qui est en plastique, donc déjà*

> *bon les veines elles dépassent, c'est des boulevards. Donc, c'est assez facile à piquer. Et puis enfin c'est pas les conditions normales quoi. Enfin, le sang il vient jamais parce que bon c'est un peu un truc sucré, ou je sais pas quoi, et puis ça coince tout le temps, enfin voilà.*
>
> *(Arnaud, étudiant depuis six mois, promotion 2012-2015)*

Ce constat est unanime : les exercices réalisés à l'IFSI, n'apprennent pas à réaliser le geste. Et ce n'est pas seulement parce que les veines sont des « boulevards ». Cet adjectif est aussi utilisé pour parler des veines de certains patients lorsqu'elles sont particulièrement bien visibles. Les étudiantes et les cadres formatrices reconnaissent que s'entraîner sur un mannequin permet d'obtenir un certain nombre de repères concernant la pratique des soins infirmiers, notamment en ce qui concerne l'asepsie. Les TP permettent l'enseignement de règles à respecter pour réaliser le soin. Les seuls jugements qui sont exprimés, à ce moment, sont ceux des cadres formatrices. Ils concernent la conformité du geste aux règles de bonnes pratiques (Thouvenin 2004). La connaissance et le respect des règles énoncées à l'IFSI sont un des marqueurs du statut d'étudiante. Ainsi, lors de nos observations de stages, il nous est apparu que ces règles servent de référence dans les apprentissages pratiques :

> *C'est la cinquième semaine de stage des étudiantes de première année. Marine est ce matin encadrée par Natacha. Cette dernière lui propose de réaliser le pansement d'une des patientes. [...] Natacha questionne Marine pour savoir si elle va commencer par nettoyer l'intérieur ou l'extérieur de la plaie. Elle précise que c'est « une vraie question », parce qu'il y a « différentes écoles ». [Le nettoyage d'une plaie doit être fait dans l'objectif de limiter l'apport de germes. Reste à savoir s'il y a moins de germes « à l'intérieur » ou « à l'extérieur » de la plaie.] Marine explique qu'elle ne sait « pas trop » et précise qu'elle n'a pas encore eu le « TP sur les pansements à l'IFSI ». Natacha lui répond « tu feras comme on te montrera à l'IFSI. »*
>
> *(Carnet de terrain, 10 avril)*

Les règles enseignées à l'IFSI fonctionnent comme une référence générale en cas de divergences de pratiques. Les professionnelles vont en effet adapter ces règles à leurs pratiques quotidiennes, l'important étant le respect des grands principes de l'asepsie. Une fois le diplôme d'État obtenu, les étudiantes accéderont à un exercice professionnel qui les délivrera de ce statut d'étudiante. Elles pourront alors, elles aussi, adapter les règles de « bonne pratique ». En attendant, elles doivent les connaître, les comprendre et les appliquer.

Toutefois, connaître ces règles ne suffit pas pour savoir réaliser un soin. Réussir un exercice de simulation ne garantit pas que l'étudiante saura trouver la veine sur le bras

d'un « vrai patient ». L'apprentissage suppose la pratique dans des conditions réelles avec les aléas que cela suppose. Si les exercices de simulations peuvent rassurer les étudiantes en leur faisant manipuler le matériel, en les familiarisant avec le déroulement du soin, ils ne constituent qu'un exercice. Les étudiantes perçoivent, dès leurs premiers stages, que si la maîtrise des règles est importante, elle ne suffit pas. Pour que la réalisation d'un geste se passe bien, il faut tenir compte des réactions des patients. Or, le mannequin ne prépare pas non plus aux réactions des patients. Les enquêtées de Pascale Thouvenin confiaient à ce propos que le mannequin « *ne dira rien* », qu'il est « *là pour subir sans rien renvoyer* » (Thouvenin 2004, p. 41). Cette absence de réaction est aussi ce qui fait que les TP ne sont pas considérés comme de « vraies » expériences par les étudiantes. Comme l'ont montré de nombreux travaux (Delbos, Jorion 1984; Jacques-Jouvenot 1997; Schepens 2007; Stroobants 2008; Rolle 2013), l'apprentissage des gestes, des techniques se réalise par la pratique de l'activité : *Fabricando fit faber* [3]. On n'apprend pas par mimétisme, pour apprendre il faut pratiquer dans les conditions réelles. Au cours de leurs stages, les étudiantes pourront s'exercer et progressivement acquérir la maîtrise des gestes de leur profession en situation. Cependant, lors de ces stages, les étudiantes ne vont pas être formées seulement à ces gestes.

6.1.3 Rencontres avec des conceptions différentes de l'activité

Pour réaliser « plus efficacement » leurs soins, les étudiantes vont être attentives aux conseils dispensés par les infirmières des services. Cependant, ces dernières ne dispensent pas seulement des conseils sur la réalisation « technique » des soins. C'est ce que nous avons pu observer dans le service de rééducation, lors d'un bilan de mi-stage :

> *Dans le réfectoire [une pièce accessible aux patients au moment des repas, qui peut être fermée pour des réunions entre professionnels, comme c'est le cas maintenant], sont présentes, en plus de Gaston [étudiant en deuxième année], Béthanie, Natacha et Nadine, les infirmières qui l'ont encadré pendant les trois premières semaines.*
>
> *[...] En ce qui concerne l'évaluation technique, Natacha note des problèmes concernant sa façon de s'organiser. Elle s'adresse à Gaston : « Tu croises les bras quand tu piques, il faut que tu évites parce que tu peux bouger dans la veine. [...] Et puis par rapport à l'installation, pour savoir dans quel bras tu prends, t'es pas obligé de t'installer, ça te fera gagner du temps. »*

3. ↑« C'est en forgeant que l'on devient forgeron. »

> *[...] En fin de bilan, Béthanie revient sur l'organisation des prises de sang et conseille à Gaston : « Il faudrait que t'aies une vision plus globale de ton soin, avant de rentrer dans la chambre, pense à ce que tu vas faire et comment. Ça t'évite d'hésiter. Parce que tu sais quoi faire mais parfois tu... papillonnes un peu, je dirais. Et ça peut stresser ton patient. Il va se dire que tu sais pas trop ce que tu fais. »*
>
> *(Carnet de terrain, 5 mars)*

Si Gaston est invité à améliorer la fluidité de la réalisation des prises de sang, ce n'est pas seulement pour augmenter l'efficacité technique en elle-même – même si ce critère est avancé lorsque Natacha lui donne des conseils « pratiques » –, c'est aussi une question de rapport au patient. Les conseils donnés sont utiles pour la réalisation du soin, mais ils ne constituent qu'une partie de ce que les infirmières donnent à voir à Gaston. Il ne s'agit pas seulement de performance, il s'agit surtout d'obtenir la confiance du patient. La maîtrise technique n'est qu'un moyen d'y parvenir. Les infirmières cherchent à transmettre une conception particulière du travail en rééducation :

> *Gaston revient en stage après six semaines durant lesquelles il est retourné à l'IFSI et deux semaines de vacances. C'est son deuxième jour de stage depuis son retour. [...] Avant la pause déjeuner Natacha lui dit qu'il ne s'occupera finalement pas de Mme B., argumentant que sa prise en charge est trop compliquée. [...] A la fin du service, je vais questionner Natacha sur ce changement de patiente. Elle m'explique que Mme B. avait donné son accord à Béthanie pour être prise en charge par un étudiant, mais finalement elle n'est pas à l'aise avec Gaston.*
>
> *Cindy, une autre infirmière du service se joint à la discussion. Toutes les deux m'expliquent qu'elles avaient senti une réticence chez la patiente. Cindy a finalement demandé franchement à Mme B. ce qui n'allait pas. Cette dernière a confirmé qu'elle n'était pas à l'aise avec Gaston. Elles s'en doutaient un peu. « Gaston prend trop de temps pour réaliser les soins, il paraît trop peu sûr de lui ». Natacha m'explique qu'elle ne l'a pas dit comme ça à Gaston « Déjà qu'il est pas très à l'aise, on va pas en rajouter ». Elle précise que l'équipe a « mis du temps à dérider un peu » cette patiente, et qu'elles ne veulent pas perdre la relation qu'elles ont réussi à créer avec elle.*
>
> *(Carnet de terrain, 6 mai)*

« Réussir une prise de sang » au sens d'obtenir du sang dans le tube de prélèvement ne suffit pas. Il faut mettre le patient en confiance à travers ce soin. Pour les infirmières, cette relation de confiance est essentielle au bon déroulement de la prise en soin des patients. Dans ce service de rééducation, prendre soin des patients suppose de faire en sorte qu'ils acceptent de jouer le jeu de la rééducation en participant activement au processus. Dans le

cas de Mme B., l'enjeu semble être de lui faire accepter de participer aux séances proposées par les kinésithérapeutes, nécessaires pour qu'elle puisse marcher de nouveau. Dans ce service de rééducation, le « *prendre soin* » suppose donc des phases de négociations avec les patients, qui sont nettement plus aisées lorsqu'il s'instaure une relation de confiance. Gaston s'est vu retirer la prise en charge de cette patiente parce qu'il n'a pas réussi à créer cette relation de confiance. Dans ce service de rééducation, la technique n'est qu'un média qui permet de créer de la confiance, essentielle à la réalisation de l'objectif principal, à savoir le retour du patient à la vie « normale ». L'efficacité technique est importante parce qu'elle permet la prise en charge correcte du patient, selon les critères du service. Avoir accès à la pratique de soin en situation, ce n'est pas seulement avoir accès à des « techniques », mais à une conception particulière de l'activité. Chaque type de service, si ce n'est chaque service, construit et porte sa propre conception du travail « bien fait ». C'est ce que nous apprend Agathe, de retour d'un premier stage en maison de retraite :

> *En fait c'est pas un principe de guérison. Parce qu'en fait les gens ils sont là pour finir leur vie. [...] c'est pas la guérison, c'est pas du soin, c'est de l'accompagnement. C'est de l'accompagnement à aller vers du mieux pour terminer... bien. Voilà. L'EHPAD [Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes], la maison de retraite c'est pas du soin, les gens ne viennent pas pour se faire soigner, c'est pas une cure quoi. C'est de l'accompagnement, mais avec du soin et des techniques infirmières, ça devient une relation de soins et ça c'est enfin... Pour moi il y a rien de mieux. [...] Une personne âgée qui décède, si tu sais qu'elle était contente de l'endroit où elle était. Moi, la personne en plus qui est décédée a souhaité à ce qu'on n'appelle pas le SAMU, parce qu'elle voulait mourir à l'EHPAD, parce qu'elle était bien. Elle était chez elle. Et ben voilà quand tu te dis que, voilà la personne est contente parce qu'elle estime que sa vie est terminée, parce qu'elle a passé une bonne vie et qu'en plus là où elle finit sa vie ça lui convient parce qu'elle bien, voilà.*
>
> *(Agathe, étudiante depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015)*

D'après Agathe, les soins en EHPAD ont pour objectif de faire en sorte que les patients se sentent « chez eux ». Cette conception du soin semble correspondre aux conclusions d'Annick Anchisi, à propos de l'entrée ritualisée en maison de retraite. L'autrice explique que les soignantes qui exercent là, ont conscience que la mort constitue une réalité à plus ou moins long terme. Cependant, ce qui compte c'est de « miser sur la vie [par] l'entretien des corps et des vêtements, le choix des repas, l'histoire réécrite, les sorties et les vacances, tout en sachant la mort imprévisible », puisque si les soignantes savent qu'elle va survenir, elles ne savent pas précisément quand cela surviendra (Anchisi 2008, p. 178). Les infirmières ont ici pour mission d'accompagner les patients sur leur lieu de vie, même si c'est très

souvent le dernier. Cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas de « gestes techniques » ou de soins en EHPAD :

> *On a une petite Mamie, je me souviens, un soir elle était partie pour... elle avait quoi ? Une hernie discale. Et donc elle est partie [à l'hôpital]. Elle s'est fait un gros tour de rein, elle est partie [à l'hôpital]. Elle est revenue deux semaines après : fauteuil roulant, calciparine*[4] *tous les jours, enfin anti-inflammatoires, anticoagulants, antibiotiques. Elle était – en plus elle avait une infection, elle s'était fait une escarre au sacrum parce que, à force d'être assise – enfin dans un état... et puis elle te parlait pas. Alors que c'était une dame très bavarde avant qu'elle parte. Il est a suffi d'une semaine dans l'EHPAD, on te l'a ressuscitée. Ah mais elle remarchait ! Elle remarchait alors qu'en arrivant elle était là « ohh mon dos ! ». Elle restait dans son lit toute la journée, elle refusait de nous voir. Une semaine. Ressuscitée. Mais j'ai jamais vu ça. Ah mais c'est... et c'est, c'est marrant parce que elle le disait beaucoup, l'équipe soignante, c'était « ouais on a l'impression qu'ils ressuscitent les gens chez nous ».*
>
> *(Agathe, étudiante depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015)*

Des soins, comme des injections ou des pansements, sont bien réalisés. Cependant, leur importance est minimisée dans les discours parce que ce n'est pas ce qui permet de donner du sens à l'activité. Comme Howard Becker l'a montré dans son étude sur les musiciens de jazz, le fait de partager un nom et des techniques, ne veut pas dire que tous les professionnels se définissent et définissent leur activité de la même façon (Becker 1985, pp. 103-125). Ainsi, un groupe professionnel peut voir cohabiter en son sein des définitions différentes, voire opposées, des situations. Chaque type de service particulier donne un sens spécifique à son activité. Lorsque les étudiantes y apprennent les « gestes » infirmiers, ce ne sont jamais seulement des gestes qui sont appris, mais bien, plus largement, l'objet du travail revendiqué par ces infirmières particulières (Hardy 2013). Si le travail est ce qui se passe concrètement, l'objet du travail est ce qui va guider l'action. A travers les deux situations que nous avons évoquées, nous voyons que le guide n'est pas le même : la guérison et le retour à domicile en rééducation, le maintien d'une qualité de vie en EHPAD. La formation d'un professionnel à un exercice particulier a donc lieu en situation de travail (Schepens, Zolesio 2015), chaque service définissant de manière particulière l'objet de son travail (Hardy 2015). C'est au contact du collectif des soignantes que les étudiantes vont percevoir ces conceptions différentes de l'activité et pouvoir, le cas échéant en faire l'apprentissage.

4. ↑Anticoagulant qui est administré par une injection sous-cutanée.

6.2 Désignation(s)

6.2.1 Socialisation à une culture particulière

Comparons les récits de deux étudiants à propos de leurs stages dans des services de psychiatrie. Ces témoignages ont des statuts quelque peu différents. Nous savons que dans le cas d'Arnaud, ce stage a été effectué dans un service de psychiatrie dit « ouvert ». Il s'agit d'un service dans lequel les patients viennent recevoir des soins de leur plein gré, contrairement aux services dits « fermés » dans lesquels les patients sont soit hospitalisés à la demande d'un tiers – proche ou tuteur – soit hospitalisés d'office, à la demande du préfet ou d'un médecin extérieur à l'établissement d'hospitalisation. Dans le cas de Baptiste, nous ne pouvons précisément dire dans quel service il a réalisé ce stage. Baptiste est un étudiant en reprise de formation qui a commencé ses études avant la mise en place du programme de formation en 2009. Il a ainsi bénéficié de quatre stages en psychiatrie dans des unités différentes – gérontopsychiatrie, service ouvert et service fermé – quand les autres étudiantes que nous avons rencontrées n'en ont eu qu'un seul[5]. Dans la mesure où leurs stages ont été réalisés dans des services différents, il peut paraître normal que ces deux étudiants n'aient pas vu la même chose. Cependant, nous souhaitons montrer qu'au-delà des différences qui peuvent exister entre les services de psychiatrie, les deux étudiants n'ont pas eu accès à la même socialisation. Arnaud nous raconte son expérience en ces termes :

> *J'ai eu un premier stage, c'était à la Persanne [Centre hospitalier spécialisé]. Donc en cours de premier semestre, [il a duré] cinq semaines et ça c'est vraiment bien passé. C'était un service ouvert, donc un service avec des gens, bon, qui étaient dépressifs, toxicomaniaques et alcooliques surtout. Enfin c'était surtout ça. Et du coup au niveau communication, enfin moi je sais que c'était mon objectif principal et, enfin, ça va j'ai appris à bien parler avec des personnes qui avaient des problèmes d'ordre psychologique quoi. Donc... enfin ça a été vachement bénéfique, je trouve que c'est bien de commencer par ça. Du coup maintenant, je peux me concentrer sur les soins mais c'est déjà bien d'être, d'être bien à l'aise avec la communication quoi. [...] on est tourné entièrement vers le patient quoi. Enfin tout ce qu'on fait c'est pour le patient, et puis en plus c'est vraiment de la communication tout ça, donc on prend vraiment le temps quoi. C'est notre boulot quoi. Il y a presque pas de soins techniques, c'est juste ça. C'est essayer de communiquer avec le patient, essayer de le... soit de le remotiver, soit de, soit d'essayer de l'écouter, de le comprendre.*

5. ↑Le programme de 2009 prévoit l'allongement de la durée des stages. Auparavant d'une durée d'une durée de quatre semaines (sauf pour le stage de diplôme d'État qui en durait huit), les stages s'effectuent maintenant durant dix semaines (sauf pour le premier stage de première année qui ne dure que cinq semaines). Cet allongement a eu pour conséquence un nombre plus limité de lieux de stage pour les étudiantes.

(Arnaud, étudiant depuis six mois, promotion 2012-2015)

Arnaud a retenu de ce stage, qu'en psychiatrie, ce qui constitue la majeure partie de l'activité, ce sont des « discussions » avec les patients. Dans ce type de service, il n'y a que très peu de soins à réaliser. Pour Arnaud, et sans jugement de valeur de sa part, la communication avec les patients n'est pas un soin. Elle fait partie des outils qu'un infirmier se doit de maîtriser, outil nécessaire dans la réalisation des soins. L'objet du travail, qui sous-tend ces pratiques, lui reste cependant en grande partie inaccessible. Aussi, même si son stage s'est bien passé, Arnaud n'envisage pas de travailler en psychiatrie. C'est flagrant lorsque l'on compare ce récit à celui de Baptiste qui, lui, souhaite devenir infirmier en psychiatrie :

> *En psy, un patient psychotique qui vient nous voir « faites-moi l'injection intramusculaire, je vais pas bien, je vais pas bien, je vais pas bien ». D'abord, on cause. « Pourquoi tu vas pas bien ? Qu'est-ce qui se passe ? » Et on prend le temps de causer. Et après on fait un soin technique. Il me montre ses fesses, on pique et... et lui il est content. Et il a eu le temps de parler, on a eu le temps de savoir qu'est-ce qui l'angoissait. On a pris le temps. Voilà. [...] parce que la psy OK, t'es pas en train de faire des pansements toute la journée, t'es pas en train de mettre des perfusions toute la journée, mais causer avec un patient qui est dépressif et qui exprime son mal-être, à la fin de la journée il se sent un petit peu mieux. Bon il se sent pas guéri, mais il se sent un petit peu mieux. Et c'est en y allant progressivement qu'on arrive, après, à ce que les patients puissent rentrer chez eux. Parce que c'est quand même le but quoi.*
>
> *(Baptiste, étudiant en reprise de formation, promotion 2008-2011[...] 2012-2013)*

Pour Baptiste, en psychiatrie il y a des soins. Ils permettent aux patients de se sentir « *un peu mieux* ». Ce qui donne du sens aux soins de psychiatrie est clair : il s'agit de permettre aux patients de vivre avec leur pathologie aussi normalement que possible. « *Remotiver* », « *écouter* » ou « *comprendre* » les patients – comme nous le disait Arnaud – sont des moyens mis en œuvre pour y parvenir. La différence entre les deux étudiants apparaît dans la comparaison : Arnaud a seulement été sensibilisé à la particularité de la prise en charge psychiatrique – basée sur la communication – tandis que Baptiste a été initié à une conception particulière du « *prendre soin* ». Là où Arnaud n'a eu accès qu'à des pratiques de soins particulières, Baptiste a perçu l'objet du travail. Ils n'ont donc pas eu accès aux mêmes socialisations professionnelles. Ainsi formulé, on pourrait croire que c'est le fait que Baptiste envisage de devenir infirmier psychiatrique qui lui a permis d'accéder à l'objet du travail. Mais c'est plus complexe que cela. Baptiste nous met sur la

piste lorsqu'il précise qu'il a particulièrement apprécié son quatrième stage, en milieu de deuxième année :

> *La gérontopsy[chiatrie], je me suis retrouvé, pour la première fois, face à la maladie mentale avec les personnes âgées. Je suis tombé sur une équipe qui était très ouverte d'esprit, [très ouverte] aux questions... qui vont jamais dire « ah tu nous gaves avec tes questions ». Et, très rapidement, elles m'ont permis de me sentir à l'aise dans un truc où moi je visais ça comme objectif professionnel. Donc ça été super.*
>
> *(Baptiste, étudiant en reprise de formation, promotion 2008-2011[...] 2012-2013)*

Les étudiantes en soins infirmiers s'engagent bien souvent en formation avec un projet plus précis – à plus ou moins long terme – que celui de devenir infirmière « en général ». Ces projets concernent très souvent des types de services, d'exercice ou de populations qui font l'objet d'identification claire pour des profanes. Elles souhaitent devenir infirmières dans un service ou auprès d'une population en particulier. L'exercice auprès d'enfants (via la spécialisation en puériculture), aux urgences, au bloc opératoire ou encore en cabinet libéral constituent les projets les plus souvent envisagés par les étudiantes que nous avons rencontrées[6]. Ces projets sont cependant teintés de « naïveté », comme l'admet Baptiste à demi-mot :

> ***E.*** *: Et alors pourquoi la psychiatrie ?*
> ***Baptiste*** *: J'adore la maladie mentale, ça me passionne.*
> ***E.*** *: D'accord. Et alors comment tu as, parce que ce n'est pas un truc qui est super courant quand même. Comment t'as approché cette spécialité ?*
> ***Baptiste*** *: Bah au départ par les séries. Moi je suis très, j'aimais bien tout ce qui est, touchait au profilage. Donc il y a eu plusieurs séries qui sont sorties là-dessus, il y avait Esprits criminels, il y avait Profiler, il y a bien longtemps. Et... et je ne sais pas les, tous les films que j'ai pu voir qui traitaient de, plus ou moins, de la maladie mentale ça me... je kiffais ça, je trouvais ça marrant. Et ça m'a jamais effrayé. J'ai trouvé ça plutôt attirant. [...] c'est quelque chose que j'ai voulu mettre à profit. Et quand je me suis retrouvé au milieu des patients en psychiatrie, j'ai fait « ouais, non en fait c'est vraiment ça [qui me plaît] quoi ». Bon après, maintenant, ça me permet de critiquer les films, de dire « mais c'est vraiment mal fait, putain mais comment on peut faire des films daubés pareils ».*
>
> *(Baptiste, étudiant en reprise de formation, promotion 2008-2011[...] 2012-2013)*

6. ↑Une étudiante évoque une alternative entre le libéral et la gériatrie en première année. Toutefois, avoir ce type de projet dès la première année semble une exception. De plus, de façon tout à fait classique, certains projets sont marqués par des différences genrées. Ainsi, seules des filles expriment le souhait de travailler auprès d'enfants dès leur première année.

L'attrait de Baptiste pour la psychiatrie relève de ce que Pierre Bourdieu nomme « l'illusion biographique » (Bourdieu 1986). Si Baptiste a effectivement vu les films et les séries qui tournent plus ou moins autour de cet univers [7], il choisit de les mettre en avant pour donner de la cohérence au parcours qui l'a conduit à s'intéresser à la psychiatrie. En revanche, il reconnaît que la réalité qu'il a découverte en psychiatrie est bien différente de ce qu'il imaginait. Baptiste n'a pu appréhender la réalité du soin en psychiatrie que par sa présence « au milieu des patients ». Et cela n'a été possible que parce que les professionnelles du service lui ont permis de discerner le sens de leur activité. La possibilité d'exercer plus tard se transmet par le biais de l'objet du travail. Là où le stage permet, pour certaines étudiantes, d'approcher une culture – à l'image d'Arnaud – il constitue pour d'autres – comme Baptiste – la transmission d'un travail (Girard, Schepens 2012, p. 122). D'ailleurs de nombreuses étudiantes nous confient attendre la confrontation avec la réalité pour confirmer leur projet. Il nous semble possible de voir l'une des conséquences de la violence de l'initiation : la découverte d'une autre réalité, plus complexe, à propos du métier d'infirmière « en général » pourrait conduire les étudiantes à plus de prudence vis-à-vis de leur projet professionnel particulier.

Les professionnelles jouent donc un rôle actif dans le processus qui permet aux étudiantes d'envisager d'exercer dans un service particulier. Nous avons ici affaire à un processus de désignation (Jacques-Jouvenot, Vieille Marchiset 2012). Les professionnelles émettent un jugement sur la capacité de l'étudiante à devenir infirmière dans leur service. Les infirmières que nous avons rencontrées expliquent très souvent que la différence entre une étudiante capable d'intégrer le service et une autre qui ne l'est pas, est une affaire de « *comportement* » [8], de « *savoir-être* » [9]. Les professionnelles vont désigner des étudiantes qui seront capables de s'approprier la conception particulière de l'activité propre au service. Les professionnelles évaluent la capacité de l'étudiante à intégrer le collectif de travail sans trop perturber son organisation, sans remettre en cause les grands principes qui permettent que l'activité soit possible sans être nocive [10]. Nos données ne nous permettent

7. ↑Les séries évoquées relèvent plutôt de l'univers policier que de la psychiatrie à proprement parler.

8. ↑Béthanie, infirmière en service de rééducation ; Louise, cadre de santé en rééducation ; Sarah, infirmière puéricultrice aux urgences pédiatriques ; Suzanne, infirmière puéricultrice aux urgences pédiatriques.

9. ↑Denise, infirmière puéricultrice, exerce hors secteur hospitalier.

10. ↑C'est en tout cas ce que laissent entendre les différents travaux menés sur le sujet. Chez les agriculteurs la désignation repose sur le fait d'être fils ou fille d'agriculteur (Jacques-Jouvenot 1997). Chez les bûcherons, c'est le fait d'être un « déshéritier » (Schepens 2007). Dans le cas des médecins de soins palliatifs, la désignation repose sur les « capacités [de l'impétrant] à travailler en équipe, son absence de prosélytisme idéologique, religieux ou athée, son appétence pour la discussion éthique, etc » (Castra, Schepens 2015).

pas de dire concrètement sur quelles caractéristiques cette désignation se réalise. Il semble d'ailleurs assez probable que cette présomption de compétence ne repose pas sur les mêmes éléments selon les services de soin. Nous pouvons toutefois travailler à éliminer certaines possibilités.

L'exemple de Baptiste laisse entendre que si la désignation est réalisée par les professionnelles, il faudrait avoir une certaine appétence ou attirance pour la spécialité avant d'aller en stage. Nous allons montrer que cela n'est pas nécessaire. De plus, l'appétence initiale n'entraîne pas nécessairement une désignation. Toutes les étudiantes qui apprécient les films ou les séries relatifs à la psychiatrie ne deviennent pas nécessairement infirmières dans ces services. Il faut savoir que les lieux de stages ne font que rarement l'objet d'un choix de la part des étudiantes. A l'IFSI de Voulin, ils sont imposés aux étudiantes pendant leurs deux premières années d'études. Elles auront la possibilité d'émettre des vœux pour l'un de leur stage de dernière année, dit stage de « *projet professionnel* » [11]. Précisons seulement pour l'instant, que les étudiantes se retrouvent rarement – du moins avant la troisième année – dans les services dans lesquels elles envisagent d'exercer. Les services où elles sont affectées peuvent faire figure de repoussoir. A l'inverse de Baptiste, certaines étudiantes ont ainsi des inquiétudes vis-à-vis de leur stage en psychiatrie. La psychiatrie en général, et les services fermés en particulier, font l'objet d'une représentation fantasmée dans laquelle la violence des patients et l'imprévisibilité de leurs comportements serait omniprésente [12]. D'autres pensent « s'ennu[yer] mortellement » [13] pendant leur stage de santé publique, bien souvent réalisé dans l'infirmerie d'un collège ou d'un lycée. Pour autant, ces réticences ne semblent pas jouer de rôle particulier dans la possibilité pour une étudiante de se voir transmettre un travail. C'est ce que nous explique Emma, à propos de son stage en psychiatrie :

> *C'était un service fermé. Donc ben là moi par contre je ne voulais pas y aller, j'avais trop peur. Et je n'ai pas voulu partir, après. [...] ça a été, le bonheur total [...] une belle découverte, une super équipe, beaucoup de... enfin j'ai appris énormément. Et même à me dire « bah pourquoi pas plus tard... voilà aller*

11. ↑Pour les modalités d'attribution des stages voir 5.4.1, p.186.

12. ↑Cette représentation erronée est d'ailleurs entretenue par les nombreux films qui traitent de la psychiatrie comme d'un milieu clos et angoissant (*Shutter Island* 2010, *Madhouse* 2004, *Asylum* 1972) et dans lequel les rapports entre soignants et patients sont très particuliers : faits de liens intimes (*A dangerous Method* 2011) ou de rapports de pouvoir visiblement assymétriques (*Vol au dessus d'un nid de coucou* 1975). On ne compte plus, non plus, les références de films dans lesquels les criminels sont passés par des hôpitaux psychiatriques. Toutes ces représentations cinématographiques n'ont pas grand-chose à voir avec la réalité du travail dans ces unités. Pour autant elles entretiennent un imaginaire autour de la psychiatrie qu'il serait intéressant d'interroger.

13. ↑Juliette, étudiante depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015.

dans cette direction de services ? » [...] J'en garde vraiment, ouais, un excellent souvenir et... et en plus mes collègues, [elles] m'ont dit « ben franchement le jour où t'es professionnelle, ben tu viens sonner chez nous, on te prend tout de suite quoi. » Enfin ça se passe pas comme ça1 mais... Mais voilà ils m'ont dit franchement tu, enfin « tu peut être, avec grand plaisir que tu sois une de nos collègues. »

(Emma, étudiante depuis un an et un mois, promotion 2012-2015)

Ainsi, les appréhensions qui ont précédé le stage n'empêchent pas les infirmières de ce service de proposer à Emma de venir travailler avec elles. Elles n'ont pas empêché l'étudiante d'envisager l'exercice dans ce service en particulier comme un avenir potentiel. La désignation n'est donc pas fonction d'une appétence particulière pour le service, antérieure au stage. C'est aussi ce que nous raconte Juliette dans son premier stage en chirurgie cardiovasculaire et thoracique :

Au départ je ne voulais pas y aller. Ça me faisait peur ce type de service, pour moi il allait y avoir trop de sang. [...] A la fin du stage, la cadre de santé du service a gardé une photocopie de mon évaluation de fin de stage. Elle m'a dit « si vous voulez postuler, il y aura la trace ». Je me suis dit que finalement je me verrais bien là.

(Juliette, étudiante depuis cinq mois et demi, promotion 2012-2015)

En lui proposant un avenir dans leur service, les professionnelles – infirmières de l'équipe et/ou cadre de santé – vont permettre à l'étudiante d'envisager cette activité comme potentiellement digne d'intérêt, de « s'y voir » (Delbos, Jorion 1984). C'est une des modalités de la désignation. Une autre modalité consiste à faire naître un sentiment d'appartenance au service à travers l'accès à des soins techniques. C'est ce que nous explique Orianne, quand elle nous parle de la pose de son premier cathéter, lors de son second stage de première année dans un service d'urgence médico-chirurgicale spécialisé dans les pathologies digestives :

Je pense que je me souviendrai toute ma vie de mon premier cathéter. [...] Parce que c'est, là c'est entrer dans le monde des infirmières. Même moi je me souviens que, mon premier cathéter les infirmières elles m'ont chanté « elle est des nôôôôtres » [sur l'air d'une chanson à boire] et j'avais trouvé ça génial quoi.

(Orianne, étudiante depuis un an et six mois, promotion 2011-2014)

Ce verbatim pourrait laisser penser que la reconnaissance d'une étudiante comme future professionnelle est liée à la maîtrise a minima du geste, comme l'envisagent les étudiantes. Pourtant, le récit plus détaillé de cet épisode nous montre que ce n'est pas le cas :

Ma première pose de cathé[14]*, c'est, donc j'avais dit [à Ariane, l'infirmière qui l'encadrait en stage] que je voulais poser des cathé. Donc elle m'avait dit « oh t'es un peu jeune et tout. On verra. » Et un jour que j'avais bien travaillé, elle me dit « bon bah voilà, on va préparer le chariot. Tu prépares. » Donc je l'avais déjà vu plein de fois poser des cathé. « Tu prépares ce que tu as besoin. » Première étape. Donc je prépare ce que j'ai besoin. [...] Elle me dit « bon bah t'as rien oublié, c'est très bien. Va voir le patient maintenant. » J'étais toute contente. Là j'ai fait quelque chose qu'il ne fallait pas, mais c'est pas grave. Je suis arrivée, j'ai dit « bonjour Monsieur, je suis étudiante, je m'appelle Orianne, et j'ai jamais posé de cathé. » Ne jamais dire ça [que c'est la première fois]. [Elle rit.] Et là j'ai vu Ariane qui a blanchi, elle fait « bon alors le prochain coup, tu ne le diras pas. » [Nous rions.] Et le mec quand il a vu Ariane faire une tête bizarre, il s'est marré et il a dit « oh aller c'est pas grave, il faut bien apprendre. » Et il l'a bien pris, parce que je pense qu'il y a des gens qui m'auraient jamais laissé approcher quoi, enfin ils auraient dit « non mais c'est bon, tu t'en vas là. » Et du coup... [Elle rit.] Du coup voilà, il avait de superbes veines, de gros boulevards. Donc du coup... tin tin tin, je mets un Gauge*[15] *rose, [...] donc les roses c'est quand même déjà, c'est du dix-huit Gauge, donc c'est déjà pas mal. Et... donc je lui ai posé et tout. Et là j'étais toute fière de moi et tout, je fais « regarde Ariane, j'ai posé mon premier cathé et tout ! » Et là en fait le Monsieur, j'avais oublié de desserrer le garrot, il était en train de se vider de son sang, [elle rit] et là il me fait « hum hum, Mademoiselle, hum hum, vous avez oublié quelque chose. » [Nous rions.] Mais le mec pas du tout stressé hein. Moi j'avais foutu du sang partout, mais c'est pas grave. [Elle rit.] Et Ariane elle se marrait comme pas possible. Elle me dit « non mais Orianne, finis ton truc déjà. » Donc j'ai fini, j'ai bien nettoyé, j'ai refait mon pansement et tout. Et quand elle est arrivée dans le poste de soins, elle a dit « Orianne a posé son premier cathé ! » Et là elles ont toutes chanté « elle est des nôôôôtres, elle a posé son cathé comme les auuuuutres. » Et c'était trop bien, et franchement c'était trop bien, parce que ça prouvait que j'étais intégrée. Et... et voilà. Mais c'était un peu une catastrophe, [elle rit] du début jusqu'à la fin. Parce qu'après il a fallu quand même que je nettoie le fauteuil où il était assis, parce que j'avais vraiment foutu du sang partout.*

(Orianne étudiante depuis un an et six mois, promotion 2011-2014)

La réalisation du geste n'a rien à voir avec les « règles de l'art ». Orianne le reconnaît elle-même avec une certaine gêne : la réalisation du geste n'a pas été une franche réussite. Ce qui ne l'empêche pas d'obtenir l'approbation des soignantes de l'équipe et de se sentir « intégrée ». Ce n'est donc pas la maîtrise du geste qui permet l'intégration de l'étudiante. La désignation n'est pas réalisée en référence à des savoirs antérieurement acquis ; c'est la possibilité même de réaliser des gestes de soin qui est une conséquence d'une reconnaissance par l'équipe de l'étudiante comme étant une future infirmière (être « des nôtres »). La pose

14. ↑Abréviation de cathéter.

15. ↑Unité de mesure (anglaise) pour les diamètres des cathéters. Chaque couleur correspond à un diamètre différent. Les cathéters sont généralement compris entre 14 et 24 Gauge.

du cathéter est donc un signe d'une désignation réalisée auparavant. C'est parce qu'elle a « *bien travaillé* » non seulement ce jour-là, mais aussi ceux d'avant qu'Orianne est autorisée à réaliser ce geste. Avoir « *bien travaillé* », c'est-à-dire avoir surmonté les épreuves qu'Ariane lui avaient jusque-là imposées. Sans cette désignation préalable, Orianne n'aurait jamais été autorisée à réaliser ce geste, sachant qu'elle était en première année. Cette désignation est effective pour ce service en particulier, à savoir le service d'urgence médico-chirurgicale spécialisé dans les pathologies digestives. Être intégrée dans ce service ne présage en aucune façon de l'intégration de l'étudiante dans les unités de soin où elle sera affectée lors de ses stages suivants. Nous avons pu en avoir la confirmation en suivant les étudiantes durant leurs années d'études. Nombreuses sont les étudiantes qui nous ont relaté un (ou plusieurs stages) qualifié de « difficile » ou « peu intéressant » lors de leur cursus de formation, y compris lorsque qu'elles ont été reconnues aptes à l'activité dans un stage précédent. Ces difficultés et/ou ce manque d'intérêt empêchent alors les étudiantes d'imaginer devenir professionnelle dans ce service. Sans la désignation par les professionnelles du service, l'objet du travail reste indéfini et la projection en tant que professionnelle dans ce service, impossible. Pour autant, cela ne signifie pas que les étudiantes sont entièrement soumises au jugement des professionnelles du service.

6.2.2 Accepter l'avenir proposé par le service

Ce n'est pas parce que les professionnelles d'un service proposent une place dans le service que les étudiantes sont contraintes de l'accepter. C'est ce que nous dit Pascale, à la suite de son stage en psychiatrie dans un service ouvert :

> *J'ai bien aimé, j'ai trouvé ça intéressant. Mais... Le stage s'est bien passé. Ils m'ont dit que si je voulais travailler en psychiatrie, j'avais le profil. Mais moi ça m'intéresse pas. Non c'est pas... Ben j'aime bien, même si je suis pas fana de technique... je... Et puis je suis pas [elle rit] et puis, bon, à la fin moi ça me pompait.*
>
> *(Pascale, étudiante depuis deux ans et huit mois et demi, promotion 2012-2015)*

La désignation n'est donc pas un destin. Elle doit être acceptée par les étudiantes pour se transformer en un véritable projet professionnel. La désignation est un processus basé sur une rencontre, celle d'un collectif portant une conception particulière de l'activité et d'une étudiante perçue comme capable de se l'approprier et de la faire perdurer. Cette appropriation suppose que l'étudiante accepte la désignation. Il s'agit d'une interaction.

L'étudiante peut avoir comme projet d'intégrer le service, mais si les professionnelles ne l'en jugent pas capable, cela ne se fera pas. De même, si des professionnelles jugent une étudiante capable de devenir l'une des leurs, mais que l'étudiante ne le veut pas, le processus échoue.

Une étudiante peut également se voir proposer un avenir dans différentes unités de soin. C'est ce qui est arrivé à Agathe. Nous avons vu que suite à son premier stage en EHPAD, Agathe avait adhéré à la vision du « *prendre soin* » développée par l'équipe de la maison de retraite. Pourtant lorsque nous la rencontrons au cours de sa deuxième année, elle nous raconte :

> *Là mon troisième stage [le premier de deuxième année], en septembre, [...] c'est un stage qui a été génial. J'ai validé toutes mes compétences. J'étais en scolaire. Je suis tombée sur quelqu'un, honnêtement, c'est mon, je ne sais pas enfin, c'est... c'est fort comme mot, mais je pense que c'est mon mentor. Encore aujourd'hui on s'appelle, on s'envoie des messages enfin... Elle m'a appris tellement de choses. Et en même temps elle m'a vraiment considérée... moi quoi, une personne entière. Autant dans ma pratique professionnelle que comme je suis... naturellement quoi. Et ce qui est ressorti, elle, au contraire [de services précédents] sur le bilan de stage, elle m'a dit un gros « reste fidèle à toi-même », souligné trois fois quoi. Mais ça, putain mais, enfin, quand tu vois ça au milieu de tous les « se sent parfois trop à l'aise », « fait attention à sa posture soignante », ça elle l'a pas vu. Quand elle a vu mon portfolio quand je suis arrivée et qu'on a discuté. Et en plus, le stage il était trop court, c'était cinq semaines. Mais quand elle a vu mes bilans, elle me dit « mais... mais c'est pas possible ! Comment on peut pas adhérer à ta personnalité ? T'es, tu sais être sérieuse quand il faut être sérieuse, mais en même temps tu es enjouée, tu discutes avec les gens, t'es ouverte. » Elle me dit « c'est ça qu'on demande d'une infirmière. Pas celles qui sont depuis quarante-cinq ans à l'hôpital et puis qui traînent les galoches en rentrant dans la chambre. » Elle me dit « moi c'est ça que je recherche », elle me dit, elle me dit... et elle m'a dit clairement « le poste du lycée à côté, il va se libérer dans deux ans », elle me dit « mais postule. J'adorerais bosser avec toi quoi. » [...] C'est génial, j'ai adoré mon stage, j'en ferai même mon métier si je le peux.*
>
> *(Agathe, étudiante depuis un an et quatre mois, promotion 2012-2015)*

Suite à ce stage, Agathe entreprendra des démarches pour savoir comment devenir infirmière à l'éducation nationale auprès de la cadre de santé qui coordonne ces infirmières au rectorat. Elle est très enthousiaste à propos de ce projet durant tout l'entretien. Elle explique qu'elle envisage, sur les conseils de cette cadre de santé, d'intégrer un service d'urgence pédiatrique au CHU à la sortie de son diplôme pendant quelques années, puis de passer le concours de l'éducation nationale. Lorsque nous la rencontrons à quelques mois du diplôme d'État, son projet a encore évolué, cette fois à la suite d'un stage en cabinet libéral.

Agathe nous raconte qu'elle devait, au départ, partir en stage de « *projet professionnel* » avec une infirmière libérale sur l'île de la Réunion mais que le projet n'a pas abouti, au dernier moment, pour des questions matérielles. Elle a donc cherché un stage en urgence pour ne pas se voir attribuer un stage au hasard. Elle a démarché deux cabinets libéraux de la ville où elle a emménagé avec son compagnon. L'un des deux cabinets a accepté sa demande. C'est un petit cabinet où exercent deux infirmières :

> *C'était la première fois qu'elles avaient une étudiante. Et puis au bout d'une semaine, on était dans le bureau, on faisait notre pose bouffe et tout. Et puis au bout d'un moment, [l'infirmière] me sort le PC et puis elle me fait l'étal des comptes, comment on prend en charge un cabinet, ce qu'il y a à payer, ce qu'on gagne, les horaires. Et puis [elle demande si] ça m'intéresserait d'être associée quoi. Donc clairement j'ai dit « ouais [elle rit] carrément. » [...] Donc... elles m'ont fait comprendre voilà, que le but d'avoir pris, accepté pour la première fois une étudiante, c'est qu'elles cherchaient un peu la troisième. Qu'elles savaient que c'était pas pour tout de suite, parce que de toute façon étant en troisième année, il me faut deux ans d'exercice professionnel pour être libérale1. Et que justement, elles se préparaient un petit peu à ça quoi. Et que si ça collait ben... c'était l'occasion de voir quelqu'un bosser. [...] Là clairement mon but aujourd'hui, c'est de faire deux ans vite, mais vite, très vite, parce que j'ai envie d'aller bosser en libéral avec les deux meufs.*
>
> *(Agathe, étudiante depuis deux ans et huit mois, promotion 2012-2015)*

Ainsi, si la désignation est nécessaire, elle n'est pas un destin. Agathe a réalisé des choix entre les possibilités qui ont été ouvertes pour elle par les différents professionnels. Nous n'avons pas les moyens d'expliquer, de manière fine, ce qui amène une étudiante à choisir entre plusieurs avenirs possibles. Nous émettons néanmoins l'hypothèse que cela peut en partie être lié aux chances de recrutement effectives perçues par l'étudiante. Dans le cas d'Agathe, devenir infirmière scolaire supposait, selon elle, d'intégrer un service d'urgence pédiatrique, ou au moins de pédiatrie. Si l'exercice dans ce type de service n'impose pas nécessairement de posséder le diplôme d'infirmière puéricultrice, encore faut-il être recrutée sur le CHU et affectée dans ce type de service. Or cela ne semble pas du tout évident à Agathe. Elle sait que pour exercer en libéral, elle doit justifier d'au moins trois années d'exercice dans des structures de soins généraux, sous la responsabilité d'une cadre de santé ou d'un médecin. Elle peut postuler dans différentes structures de la région, elle n'est pas obligée de restreindre ses recherches aux CHU. Et dans quelques années, elle assure qu'elle ira travailler comme infirmière libérale dans ce cabinet.

Nous ne présupposons pas de la réalisation effective de ce projet, ni de l'échéance à laquelle il serait potentiellement réalisé. Agathe sera peut-être embauchée dans une struc-

ture ou dans un service qui lui proposeront une nouvelle façon de voir son métier qui la détournera de son projet actuel. De plus, il ne faut pas négliger l'impact des événements de la vie hors travail sur la construction de la carrière. Une mutation du conjoint, le fait d'avoir des enfants, ou bien des événements en lien avec des maladies, voire de décès, de proches peuvent amener à quitter un service. C'est ce dont nous avons pu nous apercevoir dans les entretiens que nous avons réalisés avec des infirmières diplômées depuis plusieurs années. Les infirmières rencontrées expliquent également que leurs changements de service peuvent être la conséquence de transformations internes à l'unité de soin : départ de la cadre de santé, arrivée d'un nouveau médecin, réorganisation programmée du service laissant présager des transformations. Cependant, si ces changements – personnels ou professionnels – peuvent affecter la carrière et entraîner un changement de service, nous maintenons que pour décider de s'établir de manière durable dans un collectif de travail, la désignation est nécessaire. Pour autant, si la désignation, propose un avenir professionnel, elle ne peut pas tout. Nous avons pour l'instant laissé dans l'ombre, volontairement, une dimension importante du processus de fabrication des professionnelles : la question du lien avec l'emploi. Lorsque les étudiantes obtiennent leur diplôme d'État, il leur faut trouver un poste. Or comme nous l'avons vu dans le cas d'Agathe, les étudiantes doivent exercer en tant que salariées pendant au minimum trois années avant de changer d'exercice. Le processus de recrutement ne se réalise pas seulement au sein du service, mais passe aussi par des voies plus formelles.

6.3 Désignation et processus de recrutement

6.3.1 Désignation et réduction des incertitudes

Dès leur dernier semestre d'étude, les étudiantes que nous avons rencontrées font acte de candidature, de manière spontanée, dans les différentes structures susceptibles de les embaucher. D'après l'exploitation de l'enquête génération 2001 du Cereq réalisée par Rémy Marquier et Salah Idmachiche, l'insertion des infirmières jeunes diplômées sur le marché du travail est plutôt rapide. Près de 87% des nouvelles arrivantes trouvent un emploi en moins d'un mois et leur durée moyenne d'accès à l'emploi est de 0,3 mois (Marquier 2006, pp. 19-20). Nous nous concentrerons ici sur le recrutement au sein du CHU. Nous avons fait ce choix parce qu'il est l'établissement « support » de l'IFSI. Cela signifie qu'il constitue un partenaire privilégié dans la formation – en fournissant des places de stages – mais aussi

en tant qu'employeur potentiel. Près de 28% des nouvelles diplômées trouvent leur premier emploi en s'adressant à leur établissement de formation (Marquier 2006, p. 15). Dans le CHU où nous avons mené nos recherches, la personne en charge des recrutements est une cadre supérieure de santé coordinatrice des ressources humaines et infirmière de formation. Elle reçoit l'ensemble des étudiantes qui lui envoient une candidature en entretien. Cela lui permet d'avoir un vivier de jeunes diplômées auxquelles elle pourra faire appel lorsque des postes se libéreront : la plupart du temps dans le cas de remplacement d'arrêts maladie ou de congé maternité ; lors de départ d'une infirmière en poste vers un autre service ; ou plus rarement lors de création de postes pour faire face à la charge importante de travail. Soulignons que les jeunes diplômées sont recrutées sur des postes non pourvus par des mutations en interne. Lorsqu'un poste devient vacant, il est d'abord proposé aux infirmières de l'établissement qui peuvent candidater pour l'obtenir. Si aucune infirmière ne candidate, ou si aucune candidate n'est retenue [16], ce poste devra être pourvu en externe [17].

L'entretien avec la cadre de santé coordinatrice est une étape formelle du processus du recrutement. Toutefois, son caractère visible ne doit pas faire oublier qu'il n'est qu'une étape du processus. Ce dernier a commencé avant, nous l'avons vu, et se déroulera également après. Le recrutement réalisé par la cadre de santé coordinatrice devra être validé en situation de travail. Le processus de recrutement d'une infirmière est un mécanisme long et complexe, marqué par de nombreuses incertitudes (Eymard-Duvernay, Marchal 1997). A l'hôpital, comme ailleurs, l'enjeu du recrutement c'est de faire se rencontrer un collectif de travailleurs et un individu et de tâcher de diminuer les incertitudes sur le résultat de cette rencontre. Lors de l'entretien en face-à-face avec la postulante, la cadre supérieure coordinatrice nous fait part de ces difficultés dans l'élaboration de son jugement :

> ***Roselyne*** *: [le but de l'entretien] c'est sentir le potentiel, la volonté des gens. Je pense que le potentiel est plus important peut-être que l'intellectuel.*
>
> ***E.*** *: D'accord, ouais. Donc le potentiel en fait ça regroupe quoi ?*
>
> ***Roselyne*** *: Le potentiel pour moi c'est les capacités heu... à... ça peut être au travers des stages, c'est-à-dire que le. Au niveau, au niveau théorie, énormé-*

16. ↑Cela reste à confirmer, mais il semble que la décision finale d'acceptation d'une candidature revienne à la cadre de santé de l'unité, en accord avec la cadre supérieure du pôle.

17. ↑Ces processus de mutation internes aux établissements nécessiteraient une étude approfondie. D'après ce que nous avons pu en voir, beaucoup d'informations sur les postes à pouvoir circulent par la bande, avant même la publication des annonces. Ainsi, les réseaux de sociabilités entretenus par les infirmières des différents services jouent un rôle dans ce mécanisme. Les infirmières qui envisagent un changement de service prennent des renseignements sur le poste à pourvoir qui ne sont pas contenus dans la fiche de poste, tel que « l'ambiance du service ». Ces mutations dépendent également des raisons qui motivent les infirmières à changer de service (recherche d'horaires plus compatibles avec la vie familiale, conflits dans les équipes, etc).

ment de rattrapages, des notes moyennes. Mais on sent qu'en stage heu... c'est quelqu'un qui a un potentiel, qui pose beaucoup de questions, qui va s'investir, qui... ah c'est difficile le potentiel. Des fois, je le mets : « semble avoir du potentiel », je mets « semble », parce qu'il faut toujours. Mais on sent que c'est quelqu'un qui... dans la façon de s'exprimer, qui aura de bonnes idée, qui... qui ramènera heu... c'est une question piège hein parce que. C'est une question piège hein. Mais pour moi avoir du potentiel c'est ne pas forcément avoir toutes les compétences et connaissances mais on sent que la personne peut se donner les moyens pour les acquérir déjà. C'est dur le potentiel. [...] Ben pour y répondre c'est difficile. Ouais, je le reconnais c'est difficile.

(Roselyne, cadre supérieure de santé coordinatrice générale, CHU Voulin)

Ce qui est rend l'évaluation difficile, ou plutôt ce qui rend son énonciation difficile, c'est que les critères objectifs ne suffisent pas pour garantir la réussite du recrutement. Ainsi, Roselyne nous raconte le recrutement raté d'une jeune diplômée, pourtant major de sa promotion :

L'année dernière on a fait... un recrutement : [la] major de promo. Et en fait là, le recrutement n'a pas été renouvelé. Heu... difficultés d'adaptation en fin de compte, enfin bon voilà. Comme quoi major de promo ne veut pas dire excellent futur professionnel. [...] [Après quelques recherches sur son bureau, Roselyne retrouve l'évaluation de cette étudiante faite par le service et me le lit (passages en gras) en le commentant.] ***La démission de Mme*** *Machin. Donc c'est sa décision pour éviter un rapport pour insuffisance professionnelle.* ***Orientation professionnelle à réfléchir****. Est-ce que en fait elle avait pas fait le mauvais choix [par rapport au métier d'infirmière]. Donc quelqu'un de très brillant. [...]* ***Alors qu'elle a un potentiel intellectuel supérieur à un grand nombre de ses collègues, elle n'arrive pas à faire les liens avec les situations. [...] Elle présente par ailleurs des comportements qui épuisent tous ses collaborateurs****.*

(Roselyne, cadre supérieure de santé coordinatrice générale, CHU Voulin)

Cette étudiante, qui avait pourtant un bon dossier, n'a finalement pas pu continuer à travailler dans le service. La dernière phrase du rapport laisse supposer que cette jeune diplômée a mis en difficulté le collectif de travail, en perturbant l'ordre négocié établi jusque-là (Strauss 1992). Le recrutement par les pairs est un moyen de maintenir une définition commune du travail qui permet de supporter l'activité. Sans cela, la nouvelle venue est écartée, ici de manière violente, de ce collectif. C'est au cours des interactions de travail concrètes que les jeunes diplômées sont jugées aptes par les professionnelles. Et le fait que l'étudiante ait brillamment réussi ses études ne permet pas de dire avec certitude qu'elle sera capable de travailler dans un service en particulier. Les bilans réalisés par les professionnelles, lors des stages, semblent alors être un meilleur indicateur. Mais là encore,

Roselyne nous explique que parfois les bilans de stage lui semblent « excellents » alors que les professionnelles ne veulent pas nécessairement que l'étudiante vienne travailler dans le service. Nous pensons que ce type de quiproquo est lié au fait que, depuis 2009, les bilans de stage ne font plus l'objet de notations chiffrées mais d'appréciations globales qui laissent plus de place à l'interprétation [18]. La désignation qui intervient en amont de l'entretien et qui est réalisée par les professionnelles est alors un moyen de diminuer ces incertitudes :

> *Les candidatures extérieures, quand elles souhaitent venir en réa, maintenant on accède plus à leur demande parce qu'on a essuyé plusieurs échecs. Vous pouvez avoir heu même des diplômées, qui ont travaillé dans des réa en périphérie, mais les réa en périphéries ne correspondent plus heu... à nos heu... soins continus. Donc quand elles intègrent les réa elles sont en difficulté, elles s'attendent pas à ça. Donc c'est pour ça que, là... mes collègues de réa, ma collègue de réa m'a transmis des noms en me disant voilà, telle et telle étudiante ont réalisé des stages, à recruter.*
>
> *(Roselyne, cadre supérieure de santé coordinatrice générale, CHU Voulin)*

Ce sont les étudiantes signalées comme aptes *a priori*, après leur passage en stage, qui seront recrutées en priorité. Ainsi, la désignation par les professionnelles du service est prise en compte par la personne chargée des recrutements. Cela permet de diminuer les incertitudes sur le recrutement. La candidate, reconnue comme apte à apprendre lorsqu'elle est étudiante, devra tout de même faire ses preuves en tant que professionnelle et montrer qu'elle est effectivement capable d'apprendre. Cependant, tous les services n'ont pas la possibilité de désigner des impétrantes durant leurs années d'études.

6.3.2 Des recrutements plus incertains ?

Lorsque nous interrogeons Roselyne pour savoir si elle procède ainsi avec tous les services elle nous explique :

> *Heu non parce que en fait la réa c'est très technique. Sur les autres services, je favorise ce qu'on appelle le changement d'affectation, en interne. C'est la mobilité interne. Mobilité interne donc les postes vacants sur les secteurs de chir, médecine, voir même réa, mais c'est qu'on n'en avait plus, on n'avait plus de personnes qui souhaitaient y aller. Mais chir, médecine, personnes âgées, heu... je... traite les demandes, donc je fais des propositions, et après je recrute sur les propositions. Et souvent c'est le pôle personnes âgées, parce qu'en fait la priorité c'est heu... proposer aux professionnelles des personnes âgées, qui sont affectées sur le pôle personnes âgées, des postes hors, donc médecine chirurgie*

18. ↑Un bilan de stage vierge est consultable en annexe

> *et de recruter sur ce poste-là. Donc en général sur des postes de, de personnes âgées je peux vous dire que il y a moins de demandes quand même..*
>
> *(Roselyne, cadre supérieure de santé coordinatrice générale, CHU Voulin)*

Certains services sont en mesure de faire valoir leur « particularité » quand d'autres ne le sont pas. Si Roselyne nous parle ici seulement de la réanimation, nous nous apercevons au fil de l'entretien que cette spécificité concerne également d'autres services, comme la pédiatrie, le bloc opératoire, les urgences ou encore la psychiatrie. Ces services correspondent à des segments bien identifiés. C'est évident en ce qui concerne la pédiatrie et le bloc opératoire. Ce sont des spécialisations reconnues. Les services de réanimation sont un vivier dans lequel les infirmières anesthésistes semblent être recrutées. Ainsi, les segments reconnus par des formations officielles sont en position de faire valoir leur « particularité » plus facilement que d'autres. Si institutionnellement, les services de psychiatrie ne sont plus reconnus comme un segment, toutes les infirmières reconnaissent la particularité de ce type de services. Si des recherches restent à mener pour établir cela avec plus de certitudes, il nous semble qu'il existe toujours un cloisonnement assez étanche entre les services de psychiatrie et les services de soins généraux. Cette possibilité de faire valoir leur « particularité » permet à ces services de fermer leur marché du travail (Paradeise 1984). Les professionnelles peuvent ainsi affirmer que des compétences particulières sont nécessaires pour y exercer. Elles peuvent ainsi contrôler le recrutement en amont de l'entretien formel. D'autres types de services semblent avoir plus de difficultés à faire valoir leur « particularité ». C'est le cas des services de gériatrie. Les nouveaux arrivants y sont affectés parce que personne d'autre ne souhaite y aller. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y ait pas de particularité dans ce type de service. Les propos d'Agathe précédemment cités le montrent. François Aubry l'a montré à propos des aides-soignantes exerçant en EHPAD : ce n'est pas parce que le secteur est peu attractif, a priori, que les professionnelles ne peuvent émettre des jugements de compétences sur leurs futures collègues de travail. Jugements qui, lorsqu'ils sont négatifs, contraignent à changer de poste (Aubry 2010). Nous pensons qu'il en va de même dans les services de gériatrie du CHU, la possibilité de sélectionner les nouvelles venues s'effectuerait plutôt en aval du recrutement officiel par le CHU. Ces services sélectionneraient parmi les nouvelles recrues celles qu'ils jugent aptes à s'intégrer dans le collectif. Notons que, dans la mesure où les postes au CHU sont d'abord pourvus en interne, les services de gériatrie peuvent servir à de jeunes diplômées de point d'entrée dans l'établissement, avant de demander une mutation vers d'autres services. Dès lors, si

les nouvelles entrantes ne restent pas dans le service, c'est qu'elles n'ont pas été jugées aptes à travailler en gériatrie ou bien qu'elles n'ont pas accepté cette désignation. L'une des préoccupations de Roselyne, c'est d'affecter les nouvelles diplômées dans les postes où elles ne seront pas dangereuses pour les patients, où elles ne se mettront pas elles-mêmes en difficulté, et où elles ne mettront pas en difficultés les équipes qui les accueillent. Toutefois, elle doit aussi s'assurer que les postes vacants sont pourvus, c'est pourquoi elle garde les candidatures des nouvelles diplômées qui n'ont pas été désignées pendant leurs années d'études, ou bien qui ont été désignées mais qui n'ont pas réalisé cette désignation faute d'envie ou de place dans le service. Ces jeunes diplômées constituent alors un vivier auquel Roselyne pourra faire appel en fonction des besoins. Les étudiantes sont alors embauchées dans des contrats courts, éventuellement renouvelés et transformés en emplois pérennes. Ainsi, les nouvelles diplômées de la génération 2001 sont 47% à occuper un premier emploi avec un contrat en CDD, elles ne sont plus que 12% au bout de trois ans (Marquier 2006, p. 27).

Il nous semble également, que la part non négligeable de l'exercice en intérim des nouvelles diplômées peu s'analyser ainsi. Elles sont en effet 8,3% à débuter leur vie professionnelle par ce type d'emploi (*ibid.*). Comme l'a montré Anne-Marie Arborio, ce n'est pas l'exercice intérimaire en lui-même qui est recherché par les jeunes diplômées. Exercer en intérim fait partie d'une démarche de candidatures spontanées dans différentes structures (Arborio 2012b, p. 105). Des indices de la désignation, réalisée par les professionnelles en poste, apparaissent lorsque les structures gardent les contacts d'infirmières intérimaires et leur proposent de faire des remplacements sans passer par l'entreprise d'intérim. Ces propositions peuvent également déboucher sur la création d'un poste. Cécile, une des étudiantes que nous avons suivies, n'a pas obtenu de poste au CHU à la sortie de son diplôme. Elle débute sa vie professionnelle en intérim :

> *J'avais commencé par l'intérim, et c'est par là que j'ai trouvé... la place en maison de retraite. Parce que... je crois que... mes, ma deuxième mission c'était chez eux. Et puis ils m'avaient rappelée en me disant que, ben, je leur avais bien plu. Donc si je voulais faire des petits remplacements par-ci, par-là [c'était possible]. Et puis en fait ben de par-ci par-là, ça s'est conclu en CDI parce que il y avait un poste qui se libérait en... en janvier. Donc depuis janvier je suis en CDI [c'est-à-dire depuis quatre mois au moment de l'entretien], à temps plein, parce que avant c'était, j'avais commencé à faire du quarante pourcent et puis après du cinquante, et puis du soixante. Petit à petit ça montait. [Elle rit.] Jusqu'à ce qu'ils disent « bon allez, un contrat », donc... donc c'est cool.*
>
> *(Cécile, infirmière diplômée depuis huit mois et demi, promotion 2012-2015)*

Les premiers temps d'emploi peuvent être mis à profit pour découvrir de nouvelles choses, cela donne l'impression aux nouvelles diplômées de poursuivre leur formation. En effet, elles ont été habituées, lors de leur formation à changer régulièrement de service. Ainsi de nombreuses étudiantes nous expliquent qu'à chaque nouveau stage, il faut « *choper les habitudes du service* »[19]. Les étudiantes prennent l'habitude de repérer rapidement les lieux et les locaux, la façon dont le travail s'organise. Elles peuvent aussi être initiées à la conception particulière du service, et pourront s'approprier l'objet du travail particulier. Du côté des professionnelles, l'intérim ou les contrats courts semblent être des temps mis à profit pour s'assurer que la jeune diplômée est apte, a minima, à exercer dans le collectif. Comme nous l'explique Cécile, si les premiers contacts semblent concluant, la jeune diplômée sera rappelée puis progressivement intégrée dans le collectif de travail, si elle fait la preuve qu'elle est apte à travailler dans la structure. Dans la génération 2001, près de neuf infirmières sur dix de la génération ont ainsi trouvé un poste stable – c'est-à-dire en CDI ou fonctionnaire – après trois années d'exercice (Marquier 2006, pp. 26-27). L'exercice intérimaire, en début de carrière, peut ainsi participer à la réduction des incertitudes inhérentes à tout processus de recrutement.

Conclusion du Chapitre

Lors des stages pratiques, les infirmières des services désignent parmi les étudiantes celles qui sont présumées aptes à intégrer le collectif de travail sans remettre en cause les grands principes rendant l'activité possible sans être nocive. Nous avons vu que cette présomption de compétence ne repose pas sur des savoirs antérieurement acquis. Savoir réaliser un geste technique ou maîtriser certaines connaissances liées aux pathologies du service ne suffisent pas à présumer de l'aptitude de l'étudiante. L'appétence pour une spécialité, ou la réticence à aller dans un type de service, antérieures au stage ne présupposent pas non plus de la capacité de l'étudiante à intégrer le service. Ce qui permet de repérer ce potentiel en germe relèverait plutôt d'un « être » que d'un « avoir ». Les professionnelles du service repèrent parmis les étudiantes, celles qui pourront s'approprier la « philosophie » du service. Ce qui permet de dire qu'une étudiante est potentiellement apte à exercer est donc propre à chaque service. La désignation par les professionnelles des services fonctionne à partir d'une rencontre, entre une étudiante et les infirmières de l'équipe. Ces dernières

19. ↑Franck, étudiant en troisième année rencontré au cours de nos observations dans le service de rééducation.

présument que l'étudiante sera apte à s'intégrer au collectif de travail et lui proposent un avenir dans le service. L'étudiante, quant à elle, accepte ou refuse cette proposition. Sans cette désignation, l'objet du travail propre au service reste inaccessible. L'étudiante ne voit que des techniques de soins, qui prennent sens à la lumière du cadre de référence fourni par l'IFSI. Pour Arnaud, par exemple, les techniques de communication en psychiatrie sont des outils nécessaires pour assurer une bonne prise en charge des patients, mais elles ne constituent pas un soin à proprement parler. La désignation est donc nécessaire pour accéder à l'objet du travail particulier et pouvoir envisager, à terme, de devenir professionnelle dans le service. La désignation permet donc de diminuer les incertitudes sur le recrutement des professionnelles dans le service. Ce processus s'articule en effet avec le processus de recrutement dans les structures de soin. Les étudiantes n'ont pas toujours été désignées, et/ou n'ont pas toujours accepté cette désignation avant la fin de leurs études. Dans ce cas, le processus se déroule en aval du recrutement dans le service, entraînant l'exclusion plus ou moins brutale de celles qui ne sont pas jugées aptes, et le départ de celles qui n'acceptent pas l'avenir qui leur est proposé. Ainsi, le diplôme d'État ne suffit pas à faire la professionnelle. Il prépare les étudiantes en jetant les bases d'une culture commune à l'ensemble de la profession. L'appropriation du cadre de référence est nécessaire dans la mesure où elle permet la conversion identitaire des profanes en étudiantes infirmières. Toutefois, elle ne suffit pas. L'IFSI forme des infirmières « en général », mais ces infirmières sont des abstractions, les infirmières sont nécessairement ancrées dans un service et donc dans un exercice particulier. Ainsi, sans l'intégration dans un collectif de travail, les infirmières diplômées ne peuvent devenir des professionnelles.

Conclusion générale

Conclusion générale

Ce travail avait pour objectif de mieux comprendre les processus de « fabrication » des infirmières. Après avoir proposer une relecture socio-historique de la formation du groupe professionnel, démarche nécessaire pour comprendre les dynamiques qui l'animent aujourd'hui, nous avons centré notre attention sur le temps des études. Cette conclusion, en deux parties, nous permettra de revenir sur les principaux résultats de cette recherche et de proposer des perspectives de prolongement.

1 Principaux résultats

Au terme de ce travail, il apparaît que les infirmières ont finalement assez peu participé à leur propre définition en tant que groupe professionnel. Dans la première moitié du XXe siècle, la structuration de ce groupe professionnel a été fortement marquée par les conceptions des médecins. Ces derniers, soucieux de protéger le monopole de leur juridiction, obtenu en 1892, ont travaillé à obtenir la création d'un groupe de professionnelles chargées de les assister dans leurs tâches et placées sous leur autorité. L'émergence de cette catégorie a été longue et tortueuse. Différentes conceptions de la « bonne façon » de prendre en charge les activités annexes à celles des médecins se sont affrontées. Il a fallu plus d'un demi-siècle pour qu'une des définitions finisse par s'imposer, en 1946. Dans ce processus, l'action du groupe professionnel infirmier s'est concentrée sur la reconnaissance du statut « professionnel » de l'activité, en opposition à une conception bénévole, portée par les religieuses et les associations catholiques. Cette reconnaissance s'est toutefois accompagnée d'une soumission des infirmières à l'autorité médicale et d'une définition de leur *mandat*, mettant l'accent sur le caractère technique de leurs activités réalisées au sein des hôpitaux. A partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale, la division du travail de soin au sein des hôpitaux va s'accentuer et contribuer à une nouvelle structuration du monde de soin. Les infirmières obtiennent la fermeture de leur marché du travail

à travers la pérennisation d'un nouveau groupe professionnel : les aides-soignantes. Ces dernières se voient déléguer les tâches les moins valorisantes relatives au soin des malades. Ce mouvement montre que l'institutionnalisation de la délégation du sale boulot peut être actée par la création d'un nouveau groupe professionnel. Ainsi, les interactions au sein des écologies professionnelles, mises en évidence par Andrew Abbott, se retrouvent jusque dans la naissance de nouveaux groupes. En parallèle, les segments du groupe professionnel infirmier, chargés de l'encadrement des professionnels dans les services de soins et dans les écoles, vont revendiquer une licence particulière, liée à leur rôle spécifique. Ils vont devenir un groupe professionnel autonome mais issu du groupe infirmier : les cadres infirmières. Ce nouveau groupe professionnel va se donner pour mandat la conquête d'un espace d'intervention spécifique aux infirmières, qui ne soit plus soumis à l'autorité des médecins. Leurs actions vont porter leurs fruits à partir des années 1970. En prenant appui sur le besoin d'humanisation des hôpitaux, énoncé par des associations de patients, les cadres infirmières vont réaliser un travail de transformation des normes de l'activité des infirmières. Elles vont entreprendre de faire reconnaître les infirmières comme les seules professionnelles capables de réaliser une prise en charge personnalisée de chaque patient. Pour cela, elles définissent l'objet du travail des infirmières : la santé du patient. Assurer la santé ne se réduisant pas à contribuer à sa guérison, mais à faire en sorte que la personne puisse bénéficier d'une qualité de vie qui tienne compte d'un ensemble de dimensions à la fois biologiques, sociales, psychologiques et culturelles. Les cadres infirmières vont ainsi obtenir une transformation partielle du mandat des infirmières en 1978. Ces dernières ne sont désormais plus cantonnées à la réalisation technique des soins, elles disposent d'une zone d'autonomie professionnelle. Cependant, cette reconnaissance légale peine à produire des effets concrets, à la fois dans le travail quotidien, mais également en termes salariaux et statutaires. Les cadres infirmières vont alors s'employer à rendre visible cette part autonome du travail infirmier. Elles constituent des outils et des procédures spécifiques aux infirmières ainsi qu'un corpus de savoirs théoriques permettant de justifier que le travail spécifique des infirmières ne repose pas sur des « qualités » supposément féminines, mais bien sur la mise en œuvre de techniques et d'un savoir qui doivent être acquis par la formation. Obtenir une meilleure reconnaissance des activités infirmières à la fois en termes salariaux et statutaires, nécessitera la mobilisation conjointe et massive des infirmières et de « leurs » cadres au cours de l'année 1988.

Les transformations des politiques publiques et la mise en place des principes du Nou-

veau Management Public, à partir du milieu des années 1980, dans un objectif de réduction des dépenses de santé à l'hôpital, vont remettre en cause l'existence du groupe professionnel des cadres infirmières tel qu'il s'était structuré jusque-là. A partir de 1995, les cadres infirmières deviennent des cadres de santé. Cette nouvelle formation et ce nouveau diplôme de cadre sont ouverts aux autres professions paramédicales. Des filières spécifiques sont toutefois préservées en fonction des groupes professionnels d'origine. Cette transformation du groupe professionnel des cadres va entraîner une différenciation plus nette du mandat des cadres d'unité et de celui des cadres formatrices. Seul ce dernier segment va toujours faire de la structuration du savoir infirmier et de la défense du groupe professionnel sa mission principale. Le contrôle du recrutement et de la formation des futures professionnelles est un enjeu important dans la défense de la juridiction. Les modalités du rapprochement entre les IFSI et l'Université constituent donc un enjeu important. L'universitarisation de la formation, mise en place à la rentrée 2009, est source de revalorisation statutaire et salariale pour les infirmières. Les nouvelles diplômées seront reconnues au niveau des fonctionnaires de catégorie A. Ce rapprochement est plutôt bien accueilli par les cadres formatrices. Elles y voient une possibilité pour, un jour, institutionnaliser une « science infirmière ». En attendant une potentielle reconnaissance, il s'agit surtout d'assurer le caractère « académique » de la formation infirmière et de renforcer la rhétorique développée dans les années 1980. L'accès à une formation de type universitaire, composée à la fois de savoirs médicaux et de savoirs de Sciences Humaines et Sociales, permet de protéger la juridiction des infirmières en maintenant les aides-soignantes du côté des savoirs « profanes » et les médecins du côté du seul savoir « biomédical ». Les cadres infirmières présentent également les infirmières comme les alliées des médecins, capables de les protéger de potentielles erreurs. Cependant, ce rapprochement avec l'université n'est pas aisé pour les cadres formatrices. Elles doivent établir des rapports de coopération avec les nouveaux intervenants universitaires de sciences humaines et sociales, pour garder un droit de regard sur la construction identitaire des futures infirmières. Pour cela, elles vont progressivement se doter de diplômes universitaires et revendiquer ainsi une double appartenance, à la fois universitaire et professionnelle. C'est ici la définition du mandat des cadres formatrices qui est en jeu. Elles se sont notamment donné pour mission de maintenir la cohésion du groupe professionnel infirmier, divisé en une multitude de segments, en assurant une socialisation commune à l'ensemble des futures membres du groupe. C'est donc principalement de l'extérieur que le groupe professionnel infirmier a été défini et structuré. Depuis les années 1970, ce sont les

cadres formatrices qui ont construit les infirmières comme des expertes responsables de la santé des patients.

Pour défendre cet espace spécifique d'intervention des infirmières, les cadres formatrices vont assurer le recrutement des futures professionnelles. Le recrutement doit être compris comme un processus de sélection qui se déroule sur le temps long. Il s'agit de restreindre l'accès au marché du travail, et donc de réduire la concurrence entre les professionnelles. Une première étape de cette sélection est effectuée lors du concours d'entrée. Nous nous sommes plus particulièrement intéressée à l'épreuve orale du concours, dernier obstacle à franchir dans l'accès à la formation. Cette épreuve est un moyen d'écarter les candidates qui ne sont pas jugées aptes à suivre la formation. A partir des propos de la candidate, les trois membres du jury doivent formuler un jugement sur sa capacité à suivre la formation. Au sein des jurys, les cadres formatrices font équipe avec des cadres d'unité et des psychologues. Ce jugement est alors élaboré en interaction entre les trois protagonistes. Toutefois, ce sont les cadres formatrices qui sont les garantes de la décision finale. Ce jugement repose sur une présomption d'incompétence. Les candidates qui ne sont pas retenues sont celles qui n'ont pas débuté l'appropriation des normes professionnelles, telles qu'elles sont définies par les cadres formatrices. Cette épreuve de sélection n'est toutefois qu'une première étape nécessaire, mais non suffisante, dans le processus qui aboutit à la « fabrication » d'une professionnelle. Elle permet de réduire les incertitudes sur les possibilités pour une candidate de devenir infirmière. Une fois entrées en formation, les étudiantes s'engagent dans un processus de conversion identitaire. Dans un premier temps, les étudiantes sont sensibilisées à la conception du rôle infirmier tel qu'il est défini par les cadres de santé. Elles apprennent alors que « prendre soin » du patient signifie trois choses. Premièrement, les infirmières ont pour mission de prendre en charge la santé du patient, et pas uniquement sa maladie. Elles utilisent alors des techniques, des outils et des savoirs qui leur sont propres pour tenir compte des besoins particuliers des patients. Deuxièmement, les infirmières doivent nécessairement réaliser un travail sur leurs émotions, pour n'en rien laisser paraître devant les patients. Ces émotions, particulièrement les négatives, sont en effet susceptibles d'empêcher les infirmières d'assurer la préservation de la santé du patient. Troisièmement, les étudiantes découvrent que les infirmières ne sont jamais seulement les exécutantes des prescriptions médicales. Elles sont responsables de la santé des patients, y compris dans l'administration des thérapeutiques prescrites par les médecins, et doivent donc comprendre ce qu'elles font pour éviter que des erreurs ne soient commises, y compris

celles des médecins. Cette sensibilisation au cadre de référence commun à l'ensemble des infirmières, contribue à transformer les représentations des étudiantes à propos du rôle des infirmières.

Toutefois, ce cadre de référence ne prendra réellement tout son sens que dans la confrontation avec les situations concrètes de travail, lors des stages. Le premier stage est un rite d'institution. Les étudiantes se voient confier la réalisation du « sale boulot » des infirmières, c'est-à-dire des tâches les moins valorisantes qui ont été déléguées aux aides-soignantes. Ce qui est alors évalué, c'est la possibilité pour les étudiantes de résister à cette confrontation, violente, aux aspects les moins nobles du travail de soin auprès des patients. Si les étudiantes résistent à cette épreuve, elles deviennent des étudiantes en soins infirmiers, sinon elles restent des profanes et quittent la formation. Pour surmonter la violence de ce premier stage, les étudiantes doivent donner à leurs activités un sens professionnel. Pour cela, elles vont mettre en application, d'une manière ou d'une autre, le cadre de référence qui leur a été fourni à l'IFSI. Cette mise en application du cadre de référence par les étudiantes fait l'objet d'une attention particulière de la part des cadres formatrices. Elles organisent des moments d'évaluation de cette mise en application, durant chaque stage à travers la présentation de démarches cliniques, mais aussi à chaque retour de stage à travers les analyses réflexives de la pratique. Les cadres formatrices s'appliquent ainsi à garantir l'unité du groupe professionnel à travers la diversité des situations rencontrées. En effet, à travers leurs stages dans différents services de soin, les étudiantes vont découvrir des conceptions différentes de l'activité. Les outils et les connaissances qu'elles ont acquises à l'IFSI, sont adaptés aux situations concrètes de travail dans le service. Plus que cela, c'est une déclinaison particulière de l'objet du travail infirmier qui est adoptée par les professionnelles dans les services. Ce sens donné à l'activité, résultat d'une négociation entre les différents groupes de professionnels du service, n'est pas toujours rendu accessible aux étudiantes. Les stages sont en fait l'occasion de rencontres entre des infirmières particulières et des étudiantes. Parmi le vivier des étudiantes qui viennent en stage, les professionnelles en désignent certaines qu'elles estiment aptes *a priori* à s'intégrer dans le collectif de travail sans en perturber l'organisation. Cette désignation permet à l'étudiante d'accéder à la déclinaison particulière de l'objet du travail. Si elle l'accepte, elle pourra donc donner du sens à l'activité et se projeter dans un avenir professionnel en tant qu'infirmière de ce service. Sans cette désignation, elle sera seulement sensibilisée à une façon particulière d'être infirmière. Notons que la désignation n'est qu'une étape. L'étudiante

désignée est jugée compétente a priori. Elle devra donc faire ses preuves une fois qu'elle aura obtenu son diplôme d'État. Tout l'enjeu pour les professionnelles est de désigner les « bonnes » étudiantes – celles qui deviendront effectivement professionnelles dans le service – limitant ainsi le turn over. La désignation par les professionnelles d'un service ouvre donc l'accès à un exercice professionnel particulier. Si le diplôme d'État d'infirmière donne, théoriquement, l'accès à une multitude de possibilités d'exercice, la désignation effectuée par les professionnelles des services de soin régule, en pratique, l'accès aux postes. Cette régulation ne s'effectue pas nécessairement toujours pendant le temps de formation. La rencontre entre une étudiante et les professionnelles d'un service n'est pas toujours aussi heureuse. Lorsque l'étudiante n'a pas été désignée durant ses études, elle pourra accepter un poste « faute de mieux » et si, une fois en poste, elle n'est pas jugée apte par les professionnelles – ou bien si elle n'accepte pas cette désignation – elle ne pourra pas rester dans le service, l'activité n'ayant pas de sens pour elle.

Le processus de recrutement des futures professionnelles consiste donc d'une part, à sélectionner les futures professionnelles et d'autre part, à organiser leur répartition dans les différents segments du groupe professionnel. Cette répartition ne pouvant se faire qu'avec l'accord des principales intéressées. Dans ce processus les cadres formatrices de l'IFSI organisent une désignation en négatif. Elles repèrent les candidates qui ne se sont pas appropriées les normes de la profession au moment du concours, et les étudiantes qui ne s'approprient pas le cadre de référence qu'elles leur proposent. Le rôle de la formation en IFSI est donc un rôle de préparation « générale » à l'exercice infirmier. Les infirmières des services de soin repèrent, parmi ce vivier d'étudiantes, celles qui pourront s'approprier la « philosophie » du service. Elles proposent alors à l'impétrante un avenir dans le service. La « fabrication » des infirmières passe donc par un double processus : une désignation en négatif par les cadres formatrices complétée par une désignation réalisée par les équipes des services de soin. L'obtention du diplôme d'État par une étudiante signifie que les cadres formatrices ont estimé qu'elle s'est appropriée, au moins en partie, le cadre de référence commun à l'ensemble de la profession. Cette étudiante est donc jugée apte à devenir infirmière « en général ». En revanche, ce que l'obtention du diplôme d'État ne fixe pas, c'est quelle infirmière « en particulier » cette étudiante deviendra. Être infirmière « en général » donne le droit d'exercer l'activité, mais ne garantit pas l'accès à un poste pérenne.

2 Perspectives de recherche

En analysant nos matériaux du point de vue de la sociologie des groupes professionnels, nous avons pu mettre en lumière les dynamiques qui animent le groupe professionnel infirmier. Bien que nos matériaux d'enquête soient localisés, nous nous sommes efforcée de croiser les points de vue des différents acteurs pour en proposer une interprétation à visée générale. Néanmoins, il serait intéressant de mettre ces conclusions à l'épreuve, en les comparant avec le déroulement de la formation dans d'autres types d'IFSI. Nous pensons notamment à une comparaison avec des IFSI ne relevant pas du secteur public, comme ceux de la Croix-Rouge. Bien que dépendant d'un programme national commun, il nous semble qu'il existe toujours, entre ces formations, des différences liées à l'histoire du groupe professionnel infirmier. Ces différences pourraient avoir des conséquences sur la fabrication des professionnelles et/ou sur leur insertion. L'insertion des jeunes diplômées étant en partie liée à la structure hospitalière dans laquelle elles font leurs études, il serait également intéressant d'enquêter sur l'insertion des étudiantes issues d'IFSI rattachés à des structures de plus petite taille.

Pour affiner la compréhension des processus de recrutement des étudiantes, il serait productif de s'intéresser à la structuration des différents collectifs de travail au sein de la profession infirmière. Nous pensons que lorsqu'un collectif de travail fait partie d'un segment plus ou moins structuré et/ou reconnu – à l'intérieur comme à l'extérieur du groupe professionnel – il lui est plus facile d'intercéder auprès de la direction de l'établissement hospitalier pour recruter de futures professionnelles. Cette étude de la structuration des segments infirmiers permettrait ainsi de mieux comprendre comment certains collectifs d'obtiennent la fermeture de leur marché du travail en amont du recrutement, tandis que d'autres collectifs n'ont la possibilité de sélectionner leurs futurs membres qu'une fois le recrutement effectué. Il nous semble que le choix des arguments utilisés pour appuyer la rhétorique professionnelle du segment particulier sont un élément important du processus. Il nous semble, en effet, que plus l'exercice de l'activité est identifié – par les acteurs extérieurs au collectif ou au segment – comme ne présentant pas un danger immédiat pour les patients ou pour les soignants, moins la nécessité d'une fermeture du marché du travail en amont du recrutement est reconnue.

Bibliographie

ABBOTT Andrew, 1988, *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, Chicago, The university of Chicago press.

ABBOTT Andrew, 2003, « Écologies liées : à propos du système des professions. », *in* MENGER Pierre-Michel (dir), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme, p.29-50.

ABBOTT Andrew, 2016, « Les choses des frontières », *in* DEMAZIERE Didier et JOUVENET Morgan (dir), *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, Paris, EHESS, pp.119-144.

ACKER Françoise, 1991, « La fonction infirmière, l'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, vol.9, n°2, pp.123-143.

ACKER Françoise, 1995, « Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière. », *Sciences Sociales et santé*, vol.13, n°3, pp.69-92.

ACKER Françoise, 1997, « Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier. », *in* CONEIN Bernard et THEVENOT Laurent, *Cognition et information en société*, Paris, EHESS, pp.65-93.

ACKER Françoise, 2008, « Formation universitaire et recherche infirmière : un chantier pour la profession, la santé et la société ? », *Recherche en soins infirmiers*, n°2, pp.122-124.

ACKER Françoise et ARBORIO Anne-Marie, 2004, « Infirmière et aide-soignante », *in* LECOURT Dominique (dir), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, pp.646-652.

ANCHISI Annick, 2008, « De parent à résidant : le passage en maison de retraite médicalisée », *Retraite et société*, vol.1, n°53, pp.167-182.

ARBORIO Anne-Marie, 1995, « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. », *Sciences sociales et santé*, vol.13, n°3, pp.93-126.

ARBORIO Anne-Marie, 1996, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses*, vol.22, n°1, pp.87-106.

ARBORIO Anne-Marie, COHEN Yves, FOURNIER Pierre, HATZFELD Nicolas, LOMBA Cédric et MULLER Séverine, 2008, *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées.* Paris, La Découverte.

ARBORIO Anne-Marie, 2012a, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos.

ARBORIO Anne-Marie, 2012b, « Aux marges d'un profession : l'intérim infirmier », *Sociologie santé*, n°35, pp.93-114.

AUBRY François, 2010, « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS*, [En ligne] .

AVANZA Martina et LAFERTÉ Gilles, 2005, « Dépasser la « construction des identités » ? Identification, image sociale, appartenance », *Genèses*, vol.4, n°61, pp.134-152.

AVRIL Christelle, 2006, « Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire », *Le mouvement social*, vol.3 n°216, pp.87-99.

AVRIL Christelle, 2014, *Les aides à domicile : un autre monde populaire*, Paris, La dispute.

BARLET Muriel et CAVILLON Marie, 2010, *La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*, DREES, Document de Travail, n° 101.

BASZANGER Isabelle, 1983, « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, vol.25, n°3, pp.275-294.

BEAUD Stéphane et WEBER Florence, 1997, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte.

BECKER Howard, GEER Blanche, HUGHES Everett, STRAUSS Anselm, 1961, *Boys in white. Student culture in medical school*, Chicago, The University of Chicago Press.

BECKER Howard, 1985, *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métaillé.

BECKER Howard, 1988, *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion.

BECKER Howard, 2002, *Les ficelles du métier. Comment conduire une recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte.

BELORGEY Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La découverte.

BENELLI Natalie et MODAK Marianne, 2010, « Analyser un objet invisible : le travail de care », *Revue française de sociologie*, vol.51, n°1, pp.39-60.

BERLAND Yvon, 2003, *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Observatoire national de la démographie des professions de santé, Paris.

BODIN Romuald et ORANGE Sophie, 2013, *L'Université n'est pas en crise*, Bellecombes-en-Bauges, Éditions du croquant.

BOURDIEU Pierre, 1982, « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol.43, n°1, pp.58-63.

BOURDIEU Pierre, 1986, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 62, n°1, pp.69-72.

BOURDONCLE Raymond, 2007, « Universitarisation », *Recherche et formation*, n°54, p.135-149.

BOURRET Paule, 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan.

BUCHER Rue et STRAUSS Anselm, 1961, « Professions in process », *American Journal of Sociology*, vol. 66, n°4, pp.325-334.

BUSCATTO Marie, 2014, *Sociologies du genre*, Paris, Armand Colin.

CAMINADE Émilie, 2001, *Les écoles d'infirmières de l'Assistance Publique de Paris dans l'après mai 1968*, Mémoire pour l'obtention du Master recherche en histoire contemporaine, Université Paris 1 Sorbonne.

CAMPERGUE Cécile, 2014, « Les sciences humaines et sociales en formation professionnelle «universitarisée» : le cas des Instituts de Formation en Soins Infirmiers. », *Revue ¿Interrogations ?*, n°18, [en ligne], .

CASTÉRAN-SACRESTE Bénédicte, 2016, *La formation aux professions de la santé en 2014*, DREES, série statistiques, n°198.

CASTRA Michel, 2013, « Travail émotionnel et compétences relationnelles en soins palliatifs », *in* SCHEPENS Florent (dir), *Les soignants et la mort*, Toulouse, Eres, pp. 123-135.

CASTRA Michel, SCHEPENS Florent, 2015, « Devenir professionnel en soins palliatifs. Bifurcations professionnelles, apprentissages et recompositions identitaires », *Travail et Emploi*, n°141, pp.53-69.

CHAPTAL Léonie, 1924, « De quelques considérations sur l'orientation des études d'une infirmière », *L'infirmière française*, n°3, pp.121-125

CHAUVENET Antoinette, 1973, « La qualification en milieu hospitalier », *Sociologie du travail*, vol.15, n°15, pp.189-205.

CHAUVENET Antoinette, 1974, « L'infirmière hospitalière : technicienne ou travailleur social », *Projet*, vol.90, pp.1137-1148.

CHEVANDIER Christian, 1997, *Les métiers de l'hôpital*, Paris, La Découverte.

CHEVANDIER Christian, 2011, *Infirmières parisiennes 1900-1950. Émergence d'une profession*, Paris, Éditions de la Sorbonne.

COLLIERE Marie-Françoise, 1982, *Promouvoir la vie*, Paris, Masson.

DAVIS Fred, 1968, « Professional socialization as subjective experience : the process of doctrinal conversion among student nurses », *in* BECKER Howard, GEER Blanche, WEISS Robert, RIESMAN David (eds), *Institutions and the person*, Chicago, Aldine Publishing company, pp.235-251.

DEBOUT Christophe et MAGNON René, 2014, « Léonie Chaptal, un leader visionnaire », *Les Tribunes de la santé*, vol.44, n°3, pp. 73-83.

DEBOUZIE Domitien, 2003, *Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé*, Rapport.

DELBOS Geneviève et JORION Paul, 1984, *La transmission des savoirs*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme.

DE LARQUIER Guillemette et MONCHATRE Sylvie, 2014, « Recruter les enjeux de la sélection », *Revue française de Socio-Economie*, vol. 2, n° 14, pp.

DEMAZIÈRE Didier, 2008, « L'ancien, l'établi, l'émergent et le nouveau : quelle dynamique des activités professionnelles ? », *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, n°101, pp. 41-54.

DEMAZIERE Didier, 2009, « Les élus locaux débutants. Découverte du travail politique et production des professionnels. », *in* DEMAZIERE Didier et GADEA Charles (dir), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, pp. 197-207.

DIEBOLT Évelyne, 2001, *Les femmes dans l'action sanitaire, sociale et culturelle, 1901-2001. Les associations face aux institutions*, Paris, Femmes et associations.

DIEBOLT Évelyne, 2006, « L'Union catholique des services de santé (UCSS) et les Auxiliaires sociales (UAS) (1923-1939) », *in* TARTAKOWSKY Danielle et TETART Françoise (dir), *Syndicats et associations : concurrence ou complémentarité ?*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp.47-54.

DIEBOLT Évelyne, 2012, « Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière », *Recherche en Soins Infirmiers*, vol.109, n°2, pp. 93-107

DIVAY Sophie, 2012a, « Présentation. Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières », *Sociologie Santé*, n°35, pp. 7-18.

DIVAY Sophie, 2012b, « Etre infirmière à l'école : "c'est faire un autre métier !" », *Sociologie Santé* n°35, pp. 179-200.

DIVAY Sophie, 2012, « Les carrières des infirmières, plus horizontales que verticales », *Net. Doc*, n°90, Cereq.

DIVAY Sophie, 2018, « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation », *Sciences Sociales et Santé*, vol.36, n°1, pp.39-64.

DIVAY Sophie et GADÉA Charles, 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, vol.4, n°128, pp.677-687.

DIVAY Sophie et GADÉA Charles, 2015, « Aggiornamento managérial des établissements publics et dynamiques professionnelles. Éléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé », *Gouvernement et action publique*, vol.4, n°4, pp.81-99.

DUBAR Claude, 2005, *La socialisation*, Paris, Armand Colin.

DUBET François, 2002, *Le déclin de l'institution.* Paris, Seuil.

DUBOYS FRESNEY Catherine et PERRIN Georgette, 2009, *Le métier d'infirmière en France*, Paris, Presses universitaires de France.

DURKHEIM Émile, 1960, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Presses Universitaires de France, [1912].

EGGERS Jérôme, 2008, « Une histoire d'encadrement : approche historique de juridique », *in* SAINSAULIEU Ivan (dir), *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Paris, Lamarre, pp.1-45.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, GUETARNI Khalil, PICOT Geneviève et BADER Clément, 2010, « Interruptions et abandons dans la formation en soins infirmiers en Île-de-France », *Soins Cadres*, n°73, pp. 49-52.

EYMARD-DUVERNAY François et MARCHAL Emmanuelle, 1997, *Façons de recruter : le jugement des compétences sur le marché du travail*, Paris, Métailié.

EYMARD-DUVERNAY François et MARCHAL Emmanuelle, 2000, « Qui calcule trop finit par déraisonner : les experts du marché du travail », *Sociologie du travail*, vol. 42, n°3, pp. 411-432.

FERNANDEZ Fabrice, LEZE Samuel et MARCHE Hélène (dir), 2008, *Le langage social des émotions : étude sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Economica-Anthropos.

FÉRONI Isabelle, 1994, *Les infirmières hospitalières : la construction d'un groupe professionnel*, Thèse de doctorat, Nice.

FÉRONI Isabelle et KOBER Anémone, 1995, « L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne », *Sciences sociales et santé*, vol.13, n°3, pp.35-68.

Féroni Isabelle, 2000, "L'identité infirmière vue par ses élites", *in* SCHWEYER François-Xavier et CRESSON Geneviève (dir), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Paris, Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique, pp. 31-36

FÉRONI Isabelle et KOBER-SMITH Anémone, 2005, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue Française de Sociologie*, vol.46, n°3, pp.469-494.

FEYFANT Véronique, 2016, *Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale : ethnographie d'une épreuve de professionnalité*, Thèse de Doctorat, Toulouse, le Mirail.

FOURNIER Cécile, BOURGEOIS Isabelle et NAIDITCH Michel, 2018, « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires », *IRDES Questions d'économie de la santé*, n°232, pp.1-8.

FREIDSON Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.

FREIDSON Eliot, 1986, *Professional Powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press.

GADÉA Charles, 2011, « Cadres de santé, le maillon indispensable du New public management ? », *in* BOUFFARTIGUE Paul, GADÉA Charles et POCHIC Sophie, *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ?*, Paris, Armand Colin, pp.56-64.

GADEA Charles et CLEAU Hélène, 2013, « Le drame social du travail à l'hôpital », *in* PERRENOUD Marc (dir), *Les mondes pluriels de Howard S. Becker*, Paris, La découverte, pp.49-66.

GADEA Charles et GRELON André, 2009, « Est-ce ainsi que les professions meurent ? », *in* DEMAZIERE Didier et GADEA Charles (dir), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, pp.118-128.

GAUTIER Frédérique, 2013, « L'entretien de recrutement des gardiens de la paix dans la Police nationale. Paradoxes de l'épreuve et prime à la « compétence interactionnelle », *Formation Emploi*, n°124, pp. 63-86.

GIRARD Lucile et SCHEPENS Florent, 2012, « Savoir et Être ou comment devient-on un professionnel ? », *in* JACQUES-JOUVENOT Dominique, VIEILLE MARCHISET Gilles, 2012, *Socio-anthropologie de la transmission*, Paris, L'Harmattan, pp.113-127.

GOFFMAN Erving, 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 1, Paris, Minuit.

HARDY Anne-Chantal, 2003, « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », *in* CRESSON Geneviève, DRULHE Marcel et SCHWEYER François-Xavier (dir), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, École des Hautes Études en Santé Publique, pp. 75-87.

HARDY-DUBERNET Anne-Chantal et GADEA Charles (dir.), 2005, *De « faire médecine » à « faire de la médecine »*, DREES, Série Études, Document de Travail, n°53.

HARDY Anne-Chantal, 2013, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, École des Hautes Études en Santé Publique.

HARDY Anne-Chantal, 2015, « La formation de l'objet du travail médical », *Travail et emploi*, n°141, pp. 9-24.

HENDERSON Virginia, 1947, *The Principles and Practice of Nursing*, Canada, The Macmillan Company.

HOCHSCHILD Arlie Russell, 2017, *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel.* Paris, La Découverte.

HUGHES Everett, 1951, « Studying the Nurse's Work », *The American Journal of Nursing*, vol. 51, n°5, pp. 294-295.

HUGHES Everett, 1958, *Men and their work*, Glencoe, Free Press.

HUGHES Everett, 1961, « Education for a profession », *The Library Quarterly : Information, Community, Policy*, vol.31, n°4, pp.336-343.

HUGHES Everett, 1976, « The Social Drama of Work », *Mid-American Review of Sociology*, vol.1, n°1, pp.1-7.

HUGHES Everett, 1996, *Le regard sociologique*, Paris, EHESS.

IMBERT Françoise, 1992, « Coordination et Profession », *in* KERGOAT Danièle *et al.*, *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Lamarre.

JACQUES-JOUVENOT Dominique, 1997, *Choix du successeur et transmission patrimoniale*, Paris, L'Harmattan.

JACQUES-JOUVENOT Dominique et VIEILLE MARCHISET Gilles, 2012, *Socio-anthropologie de la transmission*, Paris, L'Harmattan.

JOSEPH Isaac, 1998, *Erving Goffman et la microsociologie.* Paris, Presses Universitaires de France.

KERGOAT Danièle, 2001, « Le syllogisme de la constitution du sujet sexué féminin », *Travailler*, n°2, pp.105-114.

KERGOAT Danièle, IMBERT Françoise, LE DOARÉ Hélène et SÉNOTIER Danièle, 1992, *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Lamarre.

KNIBIEHLER Yvonne, 1984, *Cornettes et blouses blanches*, Paris, Hachette.

LASCOUMES Pierre, 1995, « Les arbitrages publics des intérêts en matière d'environnement », *Revue Française de Science Politique*, vol.45, n°3, pp.396-419.

LATREILLE Geneviève,1980, *La naissance des métiers en France, 1950-1975 : étude psycho-sociale*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

LÉONARD Jacques, 1981, *La Médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la Médecine française au XIXe siècle*, Paris, Aubier Montaigne.

LEROUX-HUGON Véronique, 1987, « L'infirmière au début du XXe siècle : nouveau métier et tâches traditionnelles », *Le Mouvement social*, n°140, pp.55-68.

LEROUX-HUGON Véronique, POIRIER Jacques et RICOU Philippe, 1997, « L'histoire de l'École d'infirmières de la Salpêtrière », *Histoire des sciences médicales*, vol.31, n°2, pp.189-199.

LERT France, 1996, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, vol.14, n°3, pp.103-115.

MARQUIER Rémy, 2006, *Les étudiants en soins infirmiers en 2004*, DREES, Série Études, n°55.

MARQUIER Rémy et IDMACHICHE Salah, 2006, *Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001*, DREES, série études, document de travail, n°59.

MASLOW Abraham, 1943, « A Theory of Human Motivation », *Psychological Review*, n°50, pp.370-396.

MATILLON Yves, 2003, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Rapport pour le Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, Paris.

MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra et PAPERMAN Patricia, 2009, *Qu'est-ce que le care. Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Payot.

MONTESINOS André, 1989, *Surveillante : une fonction à reconsidérer*, Paris, MEDSI-McGraw-Hill.

MONJARDET Dominique, 1994, « La culture professionnelle des policiers », *Revue française de sociologie*, vol.35, n°3, pp.393-411.

MULLER Pierre, 2004, « Référentiel », *in* BOUSSAGUET Laurie, JACQUOT Sophie et RAVINET Pauline (dir), *Dictionnaire des politiques publiques*, Mayenne, Presses de Sciences Po, pp.370-376.

OLLIVIER Carine, 2012, « Division du travail et concurrence sur le marché de l'architecture d'intérieur », *Revue française de sociologie*, vol.53, n°2, pp.225-258.

OGORZELEC Lætitia, 2014,« L'évolution de l'expertise médicale des guérisons de Lourdes au regard de la "conversation de gestes" », *Archives de sciences sociales des religions*, n°166, pp.221-242.

OSTY Florence, 2002, *Le désir de métier : engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

PAILLET Anne, 2007, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute.

PARADEISE Catherine, 1984, « La marine marchande française : un marché du travail fermé ? », *Revue française de sociologie*, vol.25, n°3, pp.352-375.

PARADEISE Catherine, 1985, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, vol.27, n°1, pp.17-31.

PARADEISE Catherine, 1987, « Des savoirs aux compétences : qualification et régulation des marchés du travail », *Sociologie du travail*, vol. 29, n°1, pp. 35-46.

PARADEISE Catherine, 1988, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*,vol.20, n°2, pp.9-21.

PARADEISE Catherine et LICHTENBERGER Yves, 2001, « Compétence, compétences », *Sociologie du travail*, vol.43, n°1, pp.33-48.

PENEFF Jean, 1992, *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Paris, Métailié.

PERREAULT Michel et SAILLANT Francine, 1996, « Sciences infirmières et sciences sociales : dialogue et fécondation mutuelle », *Sciences sociales et santé*, vol.14, n°3, pp.7-16.

POISSON Michel, 1998, *Origines républicaines d'un modèle infirmier – 1870-1900, histoire de la profession infirmière en France*, Paris, Hospitalières.

POISSON Michel, 2012, « Infirmières, enseignantes et pionnières : le personnel infirmier dirigeant et enseignant permanent à l'ouverture de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur à Lyon en 1965 », *Recherche en soins infirmiers*, vol.109, n°2, pp. 69-92.

PRUDHOMME Julien, 2003, « La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession : L'orthophonie-audiologie à l'Université de Montréal, 1956-19761 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol.56, n°3, pp.329-356.

PRUVOST Geneviève, 2007, *Profession, policier : sexe, féminin*, Paris, Maison des sciences de l'homme.

RICOEUR Paul, 1988, « L'identité narrative », *Esprit*, n°7-8, pp. 295-304.

ROGERS Carl, 1942, *Counselling and psychotherapy*, Boston, Houghton Mifflin.

ROLLE Valérie, 2013, « Étudier un métier à travers la diversité de ses savoirs pratiques. Le Cas des tatoueurs », *in* PERRENOUD Marc (dir), *Les mondes pluriels de Howard S. Becker*, Paris, La découverte, pp.76-83.

ROTHIER BAUTZER Eliane, 2012, « « L'universitarisation » des formations des professions de santé dans l'impasse », *in* BERCOT Régine, DIVAY Sophie, GADEA Charles (dir), *Les groupes professionnels en tension. Frontières, tournants, régulations*, Paris, Octarès, pp.215-232.

SCHEPENS Florent, 2007, *Hommes des bois ? Socio-anthropologie d'un groupe professionnel*, Paris, Comité des Travaux Historiques et Scientifiques.

SCHEPENS Florent, 2013, « "Nous, on n'a pas de problème avec la mort". Travailler en soins palliatifs », *in* SCHEPENS Florent (dir.) *Les soignants et la mort.* Toulouse, ERES, pp. 213-225.

SCHEPENS Florent, 2014a, « La mobilisation des associations catégorielles dans l'organisation des groupes professionnels des forestiers et des soignants de soins palliatifs », *Terrains & travaux*, n°2, pp.57-73.

SCHEPENS Florent 2014b, « Le recrutement du médecin en unité de soins palliatifs. Sélections, désignation et habilitations », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 14, no. 2, pp.51-70.

SCHEPENS Florent, ZOLESIO Emmanuelle, 2015, « La fabrication du soignant au travail », *Travail et Emploi*, n°141, pp.5-7.

SCHWARTZ Olivier, 2012, « L'empirisme irréductible. La fin de l'empirisme ? », *in* ANDERSON Nels, *Le Hobo : sociologie du sans-abri*, Paris, Armand Colin, pp.335-384.

SCHWEYER François-Xavier, 1993, « L'infirmière qui devient directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics », *in* MERLE Pierre (dir.), *La compétence en question. École, insertion, travail*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, pp.127-148.

SENOTIER Danièle, 1992, « Cent ans d'évolution de la profession », *in* KERGOAT Danièle *et al.*, *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Lamarre.

SINGLY (de) Chantal, 2009, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports.

SOUM-POUYALET Fanny, VEGA Anne, et COUSSON-GÉLIE Florence, 2009, « Le « moral » en cancérologie. Stratégies et discours des soignants dans l'accompagnement des malades », *Psycho-oncologie*, vol. 3, n°3, pp. 161-167.

STRAUSS Anselm, 1966, « The structure and ideology of amercan nursing : an interpretation », *in* DAVIS Fred, *The nursing profession : Five sociological Essays*, New York, John Wiley & Sons.

STRAUSS Anselm, 1992, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.

STROOBANTS Marcelle, 1993, *Savoir-faire et compétences au travail. Une sociologie de la fabrication des aptitudes*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles.

STROOBANTS Marcelle, 2008, « Dénouer les ficelles du métier », *Techniques & Culture*, n°51, pp.164-179.

SUAUD Charles, 1975, « L'imposition de la vocation sacerdotale », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol.1, n°3, pp.2-17.

THOUVENIN Pascale, 2004, « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *Regards sociologiques*, n°29, pp.35-53.

VAN GENNEP Arnold, 1981, *Les rites de passage*, Paris, Editions A. et J. Picard, [1909].

VEGA Anne, 1995, *L'identité des infirmières hospitalières françaises : construction et prégnance de l'image de la femme soignante*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS.

VEGA Anne, 1997, « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. », *Sciences sociales et santé*, vol.15, n°3, pp.103-132.

VEGA Anne, 2008, « Les risques d'incommunicabilité entre le cadre et son équipe », *in* SAINSAULIEU Ivan (dir), 2008, *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Paris, Lamarre, pp.163-199.

VIGIL-RIPOCHE Marie-André, 2011, « Marie-Françoise Collière – 1930-2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme », *Recherche en soins infirmiers*, vol.107, n°4, pp.7-22.

VILBROD Alain et DOUGUET Florence, 2006, *Le métier d'infirmière libérale*, Tome 1, DREES, Série Études, n°58.

YAHIEL Michel et MOUNIER Céline, 2011, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Paris.

ZOLESIO Emmanuelle, 2012, *Chirurgiens au féminin. Des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Liste des sigles et acronymes

La liste ci-dessous référence les sigles et acronymes utilisés au cours de cette thèse. La page indiquée renvoie à l'introduction de la notion.

Sigles et Acronymes

ADAM	Association pour le Développement de l'Assistance aux Malades, voir p.69
ADF	Association des Dames Françaises, voir p.39
AEEIBO	Association des Enseignants et des Écoles d'Infirmiers de Bloc Opératoire, voir p.104
AMIEC	association des AMIs de l'ECole internationale d'enseignement infirmier supérieur, voir p.85
ANIDEF	Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'État Françaisé, voir p.53
APOIIF	Association Pour un Ordre des Infirmières et des Infirmiers de France, voir p.98
ARS	Agence Régionale de Santé, voir p.20
ARS	Agences Régionales de Santé, voir p.73
Asalée	Action de santé libérale en équipe, voir p.101
ASH	Agent de Service Hospitalier, voir p.162
ASH	Agent de Service Hospitaliers, voir p.64
BTS	Brevet de Technicien Supérieur, voir p.82
CAC	Commission d'Attribution des Crédits, voir p.14
CAFAD	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile, voir p.180
CAFAS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-Soignante, voir p.66

CAFIAA	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Aide Anesthésiste, voir p.76
CAFIM	Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice, voir p.71
CAFIS	Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante, voir p.71
CAFISO	Certificat d'Aptitude aux Fonctions Infirmière de Salle d'Opération, voir p.76
CEEI	Comité d'Entente des Écoles d'Infirmières, voir p.69
CEEIADE	Comité d'Entente des Écoles d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État, voir p.104
CEEIEC	Comité d'Entente des Écoles d'Infirmières et des Écoles de Cadres, voir p.73
CEEPAME	Comité d'Entente des Écoles Préparant aux Métiers de l'Enfance, voir p.104
CEP	Certificat d'Études Primaires, voir p.40
CHU	Centre Hospitalier Universitaire, voir p.12
CIPLE	Comité Infirmier Permanent de Liaison et d'Études, voir p.81
CM	Cours Magistraux, voir p.110
CNED	Centre National d'Enseignement à Distance, voir p.174
CNFDH	Conseil National Français des Directrices d'Hôpitaux, voir p.42
CNI	Coordination Nationale Infirmière, voir p.87
CNU	Conseil National des Université, voir p.106
CPEI	Conseil de Perfectionnement des Écoles d'Infirmières, voir p.52
CRESI	Création d'un Référentiel Européen de compétences en Soins Infirmiers, voir p.186
CSAP	Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, voir p.48
DEA	Diplôme d'Études Approfondies, voir p.77
DEAS	Diplôme d'État d'Aide-Soignante, voir p.184
DEAVS	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale, voir p.180
DEIS	Département d'Enseignement Infirmier Supérieur, voir p.83

DEPP	Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance, voir p.135
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soin, voir p.104
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, voir p.116
EHPAD	Établissements pour Personnes Âgées Dépendantes, voir p.180
EIEIS	École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, voir p.72
FNESI	Fédération Nationale des Étudiant.e.s en Soins Infirmiers, voir p.104
HAD	Hospitalisation à Domicile, voir p.22
HAD	Hospitalisations À Domicile, voir p.187
IADE	Infirmières Anesthésistes Diplômées d'État, voir p.76
IADE	Infirmières Anesthésistes Diplômées d'État, voir p.96
IBODE	Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'État, voir p.76
ICN	International Concil of Nurses, voir p.47
IDE	Infirmières Diplômées d'État, voir p.96
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé, voir p.14
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers, voir p.12
IFSI	Instituts de Formation en Soins Infirmiers, voir p.6
IFSI	Instituts de Formations en Soins Infirmiers, voir p.105
IPDE	Infirmières Puéricultrices Diplômées d'État, voir p.96
IRTS	Institut Régional du Travail Social, voir p.178
LMD	Licence-Master-Doctorat, voir p.100
MSP	Mises en Situations Professionnelles, voir p.122
OMS	Organisation Mondiale de la Santé, voir p.72
ONI	Ordre National des Infirmiers, voir p.99
OST	Organisation Scientifique du Travail, voir p.86
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé, voir p.102
PHRI	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière, voir p.106
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale, voir p.106

PMI	Protection Maternelle et Infantile, voir p.5
RSI	Association de Recherche en Soins Infirmiers, voir p.85
RSI	Recherche en Soins Infirmiers, voir p.85
SICS	Service des infirmières de compensation et de suppléance, voir p.11
SNPI	Syndicat National des Professionnels Infirmiers, voir p.104
SSBM	Société de Secours aux Blessés Militaires, voir p.39
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile, voir p.187
ST2S	Sciences et Technologies de la Santé et du Social, voir p.135
ST2S	Sciences et Technologies de la Santé et du Social, voir p.179
TD	Travaux Dirigés, voir p.110
TP	Travaux Pratiques, voir p.196
UCSS	Union Catholique des Services de Santé, voir p.53
UFF	Union des Femmes de France, voir p.39
UFR	Unités de Formation et de Recherche, voir p.102

Annexes

Table des Annexes

A Caractéristiques des enquêté(e)s **249**

B Guide d'entretien - cadres formatrices en IFSI **253**

C Synthèse par le tuteur des acquisitions de compétences en stage **255**

D Brochure évolution LMD **259**

E Exemple de sujet - test de logique **263**

F Thèmes des sujets des oraux du concours d'entrée en IFSI **267**

G Statistiques - oraux de concours aux IFSI de Voulin et Pantun **269**

H Formulaire - Analyse de pratique par l'étudiant(e) **273**

I Formulaire - Synthèse de stage par le formateur référent **275**

J Formulaire - Bilan du stage **279**

Annexe A

Caractéristiques des enquêté(e)s

Prénom	Année de naissance	Dernier diplôme secondaire (année obtention)	âge à l'entrée en IFSI (année)	Rencontré.e en	Suivi.e jusqu'en	Parcours avant l'entrée en IFSI			Profession du père	Profession de la mère
Agathe	1993	Bac L (2011)	19 ans (2012)	Première année	Troisième année	Tente trois concours en même temps que le bac (un seul oral et échec)	Travaille pendant une année (blanchisserie, garde d'enfants), suit une formation en accéléré de janvier à mars. Stage avec une infirmière libérale. Travaille pendant deux mois à l'AVASD (aide et soutien à domicile)	Tente trois concours, admissible à deux sur trois, choix de Voulin par souci d'économie, reste habiter chez ses parents. (petit-ami à Voulin)	Agrégé de physique (exerce à l'Université)	VRP chez Tupperware
Arnaud	1992	Bac S (2010)	20 ans (2012)	Première année	Deuxième année	Première année de médecine, obtient pharmacie, seconde première année interrompue	Travaille en usine pendant huit mois.	Tente trois concours proche de chez ses parents et Voulin, admissible à trois sur quatre. Choix pour rester indépendant géographiquement.	Agriculteur	Comptable
Aurore	1994	Bac STSS	18 ans	Première	Troisième	Tente quatre concours en même temps que le bac. Admissible partout. Choix pour des questions			SNCF (cadre)	secrétaire médicale
Emma	1984	BEP Carrières Sanitaires et Sociales (2001)	28 ans (2012)	Première année	Troisième année	Un an de préparation au concours d'auxiliaire de puériculture . Diplômée en 2003. exercée en Clinique (intérim ou fixe) pendant trois ans, mais en tant qu'AS.	Formation de six mois à l'IFAS. Diplômée As en 2006. Entre alors au CHU comme AS. Trois an de nuit et un an de jour en médecine interne, puis un an à la maternité, service post accouchement (utilise ces deux diplômes)	Puis suite au passage en médecine interne au CHU, décide de tenter le concours (à Voulin) en mars 2011 et l'obtient. Attend ensuite son financement et débute l'année suivante.	Agent de maintenance (usine)	Employée (mise en rayon dans magasin d'alimentation)
Fabien	1993	Bac STSS	19 ans	Première	Première	Tente quatre concours en même temps que le bac (suppose aide financière de ces parents) Admissible			Ouvrier de	Technicienne
Juliette	1988	Bac S (2006)	24 ans (2012)	Première année	Troisième année	DEUG de psychologie (2008) Licence en science de l'éducation (2009) Master I recherche en Science de l'éducation (2010) Master II professionnel au CUCV (2011) dans le but d'être prof des écoles mais suite au stage renonce au projet	N'a pas obtenu la passerelle pour passer directement en deuxième année de médecine, Tente première année, mais ne réussi pas et ne souhaite pas continuer.	Tente trois concours IFSI lors de son année de médecine, admissible partout. Choix pour ne pas déménager et pour la proximité du CHU	Médecin anesthétiste-réanimateur	Sage-femme (exerce comme infirmière libérale)
Louis	1991	Bac ES	21 ans	Première	Première	BTS commerce international	Ne trouve pas de travail dans sa branche. Tente trois concours.		Carriste-	Chargée de
Pascale	1964	Bac littéraire	48 ans	Première	Troisième	Engage des études de droit	Suite à un licenciement s'engage	Tente finalement deux concours.	Commerçants (propriétaires)	
Sophie	1993	Bac S (2011)	19 ans	Première	Troisième	Une première année de médecine interrompue en janvier		Tente un seul concours à Voulin	Agriculteur	Manager dans une
Cécile	1989	Bac S (2007)	23 ans (2011)	Deuxième année	Première année d'exercice	Deux premières années de médecine. Obtient sage-femme « c'est pas du tout ce que je voulais ».	Se sert de l'équivalence pour entrer en deuxième année de bio et poursuit jusqu'à la licence en 2011.	Tente trois concours IFSI l'année de sa licence. Admissible partout choix pour rester avec son petit-ami.	Technicien bureau d'étude	Assistante Maternelle
Nathan	1988	Bac S (2007)	21 ans (2009)	Deuxième année	Première année d'exercice	Deux premières années de médecine.	Au cours de la seconde année, tente deux concours d'infirmière. Admis à Voulin sur liste complémentaire. (choix pour des raisons d'indépendance géographiques)		Maître d'oeuvre dans une boite d'architecte	Cadre de santé en psy

Prénom	Année de naissance	Dernier diplôme secondaire (année obtention)	âge à l'entrée en IFSI (année)	Rencontré.e en	Suivi.e jusqu'en	Parcours avant l'entrée en IFSI			Profession du père	Profession de la mère
Orianne	1990	Bac S (2007)	21 ans (2011)	Deuxième année	Première année d'exercice	Deux première années de médecine (échec à 50 places la seconde fois)	Une année de préparation au concours d'infirmière avec un organisme privé à Voulin.	Tente cinq concours Admissible à tous, choix sur des critères géographiques (rester dans la ville où son copain fait ses études, proche de ses parents)	Agriculteurs (propriétaires)	
Téo	1989	Bac L (2007)	22 ans (2011)	Deuxième année	Troisième année	Licence en Anglais à Voulin en 2010, puis une année en Ecosse en tant qu'assistant de langue	Tente trois concours, en revenant de l'étranger à chaque fois. Admissible sur liste principale uniquement à Voulin (préfère pour rester indépendant géographiquement de ses parents)		Représentant pharmaceutique	Institutrice
Baptiste	1987	Bac S 2006	21 ans (2008)	Troisième année	Deuxième année d'exercice	Deux premières années de médecine dont la seconde = « j'ai pris mon année sabbatique en médecine »	Tente quatre concours infirmier en seconde année de médecine (stage dans le service d'une amie) Admissible partout reste à Voulin (réputation et indépendance géographique)		Prof de bio en lycée	Dentiste
Laura	1990	Bac S (2008)	20 ans (2010)	Troisième année	Troisième année	Deux ans de fac de bio « ma maman a refusé que je fasse l'école d'infirmière »		Tente un seul concours à Voulin	Contrôleur qualité dans la métallurgie	Agent territotriale
Noémie	1992	Bac S (2010)	18 ans (2010)	Troisième année	Deuxième année d'exercice	Tente trois concours en même temps que le bac (soutien important de la part de son papa) Admissible uniquement à Voulin.			Informaticien	Mère au foyer
Benjamin	1988	Bac STL (2007)	23 ans (2011)	Troisième année	Troisième année	Deux premières années de médecine avec dans l'idée de faire kiné	une année de préparation aux concours des professions paramédicales en générale (kinésithérapeute pédicure-podologue, infirmier)	Tente plusieurs concours pour différentes formations paramédicales, dont un concours infirmier à Voulin. Obtient pédicure-podologue et infirmier et choisit infirmier.	Dépanneur automobile	Cadre supéreure dans un service des personnels
Paul	1993	Bac S (2011)	19 ans (2012)	Deuxième année (stage)	Deuxième année	Une première année de médecine (arrêt en cours d'année parce que la théorie uniquement ne lui convenait pas)		Tente deux concours infirmiers et choisi Voulin (pour rester indépendant)	Ouvrier dans une usine de volets	Aide-soignante
Marine	1995	Bac ES (2013)	18 ans (2013)	Première année (stage)	Deuxième année	Tente trois concours ne même temps que le bac Admise à l'oral à Voulin et Partrin, Choisi Voulin pour rester chez sa mère (choix tardif parce que liste d'attente)			Contrôleur dans les télécomunications	Guichetière à la Poste

Prénom	Année de naissance	Dernier diplôme secondaire (année obtention)	âge à l'entrée en IFSI (année)	Au moment de l'entretien, arrêt de formation depuis... (année de l'arrêt)	Arrêt suite à... (niveau d'étude)	Parcours avant l'entrée en IFSI			Depuis l'arrêt		Profession du père	Profession de la mère
Annick	1970	Bac G1 sécretariat (?)	42 ans (2012)	Un an et deux mois (septembre 2012)	Difficultés en stage par rapport à l'activité (Première année, premeier stage)	Commence une année à la fac de lettre, se réoriente vers un BTS secrétariat de direction (non validé)	Devient secrétaire administrative au CHU ; puis passe des concours pour devenr titulaire, devient secrétaire médicale. Exercera en cardiologie puis mutation vers l'hôpital psychiatrique	Obtient une aide financière de l'hôpital (promotion professionnelle) prépare le concours avec le CNED et l'obtient	Travaille comme secrétaire médicale dans la même hôpital, mais a changé de service.		Agriculteurs (propriétaires)	
Catherine	1975	Bac A2 littéraire (?)	35 ans (2010)	Un an et un mois (novembre 2012)	Difficultés à concilier stage et maladie de ces enfants (Troisième année, premier stage) Prend la décision d'arrêté contre l'avis de la directrice qui l'encourage à poursuivre.	Une année de licence d'Allemand (problèmes de santé) reprendra des études en philo (obtient une maîtrise) enviage d'être professeur mais renonce suite à un stage	rejoint son compagnon sur l'île de la Réunion (parti pour son service militaire), ne peut continuer ces études, trouve du travail dans la vente par téléphone (salariée). Aller-retours entre la Métropole et la Réunion. Toujours commerciale mais à son compte	Profite de son congé parental (pour son troisième enfant) pour préparer le concours d'entrée, l'obtient en 2009 et demande une dérogation pour entrer à l'IFSI l'année suivante (quand sa fille entrera à l'école)	Ne travaille pas pendant neuf mois	prend un poste d'aide-soignante dans une association de soins à domicile.	Commerçants	
Lola	1993	Bac ES (2011)	18 ans (2011)	Un an et deux mois (septembre 2012)	Crise d'angoisses en stage (1er arrêt en 2011 ; retour à l'IFSI en 2012 puis nouvel arrêt)	Tente trois concours l'année du bac, retenue dans deux IFSI, choisi Voulin parce que sa soeur est en études dans la ville			Factrice (vacataire) ; "petits boulots" (distributions de tract)	A commencé un BTS tourime depuis quelques mois	Mécanicien dans l'armée	Cadre de santé en PMI
Mathilde	1991	Bac STAV (2009)	19 ans (2010)	Six mois et demi (juillet 2013)	Difficultés à l'IFSI (partiels non validés) et en stage	Tente le concours dans une autre ville (seul dont les inscriptions n'étaient pas closes) mais ne réussi pas les écrits	Une année de préparation au concours d'infirmière avec un organisme privé à Voulin.	Tente cinq concours, réussi deux écrits, et un seul oral.	Travaille comme aide-soignante en intérim (principalement en EHPAD)		Plaquiste-peintre (artisan)	Mère au foyer

Annexe B

Guide d'entretien - cadres formatrices en IFSI

J'aimerais que vous me parliez de l'organisation de l'IFSI et plus particulièrement de votre profession.

→ Quel est votre rôle ?

- ◇ Par rapport au contenu des programmes ?
- ◇ Dans l'équipe pédagogique ?

→ Par rapport stages des étudiantes : choix ?

- ◇ intervention sur les lieux de stage
- ◇ rapports équipes, tuteurs, cadres

→ Retour sur les stages avec les étudiantes ?

→ Par rapport aux évaluations : comment sont-elles utilisées ?

→ Appartenance au jury de concours ?

→ Définition bon étudiant ?

→ Défections en cours de formation ?

→ Retour rapide sur le parcours

TSD

Âge

situation familiale

enfants

profession des parents/grands parents

Année bac, DE, CS

Annexe C

Synthèse par le tuteur des acquisitions de compétences en stage

SYNTHÈSE PAR LE TUTEUR DES ACQUISITIONS DES COMPÉTENCES EN STAGE

Compétence 1 : Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée	☐	☐	☐	☐
2 - Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe	☐	☐	☐	☐
3 - Pertinence du diagnostic de situation clinique posé	☐	☐	☐	☐

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmier	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers	☐	☐	☐	☐
2 - Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins	☐	☐	☐	☐
3 - Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin	☐	☐	☐	☐
4 - Pertinence des réactions en situation d'urgence	☐	☐	☐	☐
5 - Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins	☐	☐	☐	☐

Compétence 3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne	☐	☐	☐	☐
2 - Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques	☐	☐	☐	☐
3 - Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention	☐	☐	☐	☐

Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques	☐	☐	☐	☐
2 - Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifestes	☐	☐	☐	☐
3 - Exactitude du calcul de dose	☐	☐	☐	☐
4 - Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et des examens	☐	☐	☐	☐
5 - Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention	☐	☐	☐	☐
6 - Justesse d'utilisation des appareillages et dispositifs médicaux conforme aux bonnes pratiques	☐	☐	☐	☐
7 - Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonne pratiques	☐	☐	☐	☐
8 - Fiabilité et pertinence des données de traçabilité	☐	☐	☐	☐

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Pertinence de la séquence éducative	☐	☐	☐	☐
2 - Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs	☐	☐	☐	☐
3 - Pertinence de la démarche de promotion de la santé	☐	☐	☐	☐

SEDI 30700 UZÈS (0910) - Réf. 650503

Compétence 6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle	☐	☐	☐	☐
2 - Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage	☐	☐	☐	☐
3 - Justesse dans la recherche de consentement du patient	☐	☐	☐	☐

Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée	☐	☐	☐	☐
2 - Pertinence de l'analyse 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	☐	☐	☐	☐
3 - Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement et de la stérilisation	☐	☐	☐	☐
4 - Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés	☐	☐	☐	☐
5 - Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail	☐	☐	☐	☐

Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée	☐	☐	☐	☐
2 - Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel	☐	☐	☐	☐

Compétence 9 : Organiser et coordonner les interventions soignantes	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs	☐	☐	☐	☐
2 - Cohérence dans la continuité des soins	☐	☐	☐	☐
3 - Fiabilité et pertinence des informations transmises	☐	☐	☐	☐

Compétence 10 : Informer, former des professionnels et des personnes en formation	Non pratiqué	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant	☐	☐	☐	☐
2 - Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire	☐	☐	☐	☐

Actes, activités et techniques de soins	Non pratiqué	À améliorer	Acquis
1 - Entretien d'accueil et d'orientation	☐	☐	☐
2 - Soins d'hygiène et de confort	☐	☐	☐
3 - Entretien d'aide, entretien thérapeutique	☐	☐	☐
4 - Examen clinique d'un patient dont mesure des paramètres vitaux	☐	☐	☐
5 - Prélèvements veineux	☐	☐	☐
6 - Prélèvements capillaires	☐	☐	☐
7 - Préparation pour des examens radiologiques, fonctionnels biologiques	☐	☐	☐
8 - Injections parentérales avec calcul de dosage	☐	☐	☐
9 - Perfusions périphériques avec calcul de dosage	☐	☐	☐
10 - Pansements simples, ablation fils, agrafes	☐	☐	☐
11 - Pansements complexes/drainages	☐	☐	☐
12 - Pose d'oxygénothérapie, d'aérosols	☐	☐	☐
13 - Administration de thérapeutiques médicamenteuses	☐	☐	☐
14 - Surveillance pré et post opératoire	☐	☐	☐
15 - Techniques d'apaisement, prise en charge de la violence	☐	☐	☐
16 - Préparation de la sortie d'un patient	☐	☐	☐
17 - Techniques de médiations thérapeutiques	☐	☐	☐
18 - Utilisation de seringues auto-pulsées	☐	☐	☐
19 - Pose et surveillance de sonde gastrique	☐	☐	☐
20 - Pose et surveillance de sonde urinaire	☐	☐	☐
21 - Soins de trachéotomie, aspiration bronchique	☐	☐	☐
22 - Pose et surveillance de transfusion	☐	☐	☐
23 - Injections dans des chambres implantables	☐	☐	☐

Date : . . . . . .

Nom, prénom, profession et signature du tuteur :

. . . . . .

Nom et signature de l'étudiant :

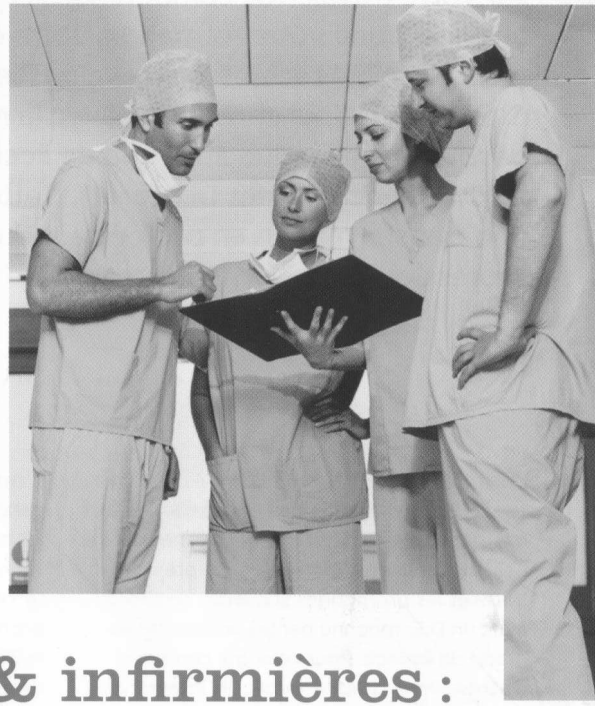
. . . . . .

Tampon du service

Annexe D

Brochure évolution LMD

Pour en savoir plus :
www.lmd.sante.gouv.fr



Infirmiers & infirmières :

VOTRE MÉTIER ÉVOLUE, VOTRE FORMATION AUSSI !

www.lmd.sante.gouv.fr

LMD : les 4 points clés qui vous concernent

La qualité de la prise en charge des patients repose au quotidien sur votre travail, vos compétences et votre expertise. Vous attendiez que votre formation, votre champ d'exercice et vos responsabilités soient mieux valorisés.
C'est aujourd'hui chose faite avec la réforme de votre formation, désormais reconnue au grade de licence, dans le cursus LMD (Licence Master Doctorat). Cette première étape annonce une transformation en profondeur du positionnement des professionnels paramédicaux.

Dès 2012, les étudiants en soins infirmiers seront diplômés d'État au grade de licence universitaire

Les étudiants entrés en IFSI en septembre 2009 et les promotions suivantes sortiront avec un D.E. reconnu par les universités au grade de licence. Pour ceux qui choisiront de travailler à l'hôpital public, ils intégreront la catégorie A de la fonction publique hospitalière, traduction concrète du haut niveau de technicité et d'analyse reconnu à la profession infirmière.

+ La reconnaissance universitaire du diplôme, donne la possibilité aux IDE de :
- poursuivre leur cursus vers un master puis le cas échéant, un doctorat,
- accéder à d'autres formations.

Pour l'ensemble des paramédicaux : des parcours professionnels enrichis

Aujourd'hui, la loi Hôpital, patients, santé, territoires facilite la coopération entre professionnels de santé. L'arrêté paru le 31 décembre 2009 leur permet de diversifier leurs activités, tout en renforçant la qualité des soins et en permettant une lisibilité et une sécurité de ces initiatives de terrain.

L'enrichissement des pratiques pour les professionnels qui le souhaitent sera également facilité par la réforme LMD. En effet, d'ici à 2015, **les formations en 3 ans dans leur ensemble pourront bénéficier de la reconnaissance universitaire**. Des passerelles entre métiers seront ainsi accessibles.

À terme la réforme permettra également la reconnaissance de certaines pratiques avancées au grade de masters et rendra plus accessibles les doctorats aux paramédicaux. La recherche devrait être ainsi dynamisée et les parcours professionnels enrichis.

+ L'avancement de la recherche passe aussi par le financement des projets proposés et conduits par les IDE de terrain : cette année, le ministère de la santé et des sports lance les premiers programmes hospitaliers de recherche infirmière (PHRI).

IDE de la fonction publique hospitalière : un choix personnel

La réforme LMD se traduit par des évolutions de carrière dans la fonction publique hospitalière.
Si vous êtes déjà en poste à l'hôpital public, vous serez libre de choisir entre :
- poursuivre votre carrière en catégorie B avec les évolutions appliquées à celle-ci,
- intégrer la catégorie A dès le mois de décembre 2010, avec une durée de carrière prolongée, sur une nouvelle grille de rémunération plus intéressante, grille qui sera revalorisée en 2012 et 2015.

Vous devrez faire connaître votre choix auprès du directeur de votre établissement **entre le 1er juin et le 30 novembre 2010. Le choix que vous allez faire est donc important et engage votre avenir professionnel. C'est un choix qui vous appartient.**

+ **En choisissant la catégorie A :**
- vous bénéficiez d'une revalorisation de votre rémunération **nette** globale de : + 2 118 €/an en début de carrière* et + 3 801 €/an en fin de carrière*,
- ainsi que d'une pension de retraite plus élevée du fait de cette majoration de revenu. Dans ce cas, l'âge minimum de départ à la retraite est aligné sur le droit commun (60 ans).

En restant en catégorie B :
- vous bénéficiez d'une revalorisation de votre rémunération **nette** globale de : + 434 €/an en début de carrière* et + 923 €/an en fin de carrière*.
- L'âge de départ à la retraite reste le même.

IDE spécialisés de la fonction publique : une nouvelle grille de catégorie A

En 2012, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers de bloc opératoire et les puériculteurs, s'ils en font le choix, se verront offrir la même possibilité d'accéder à une nouvelle grille de catégorie A revalorisée, avec une carrière prolongée.

* Traitement de base + prime de service + indemnité de résidence + indemnité des 13 heures + prime Veil + prime de début de carrière.

Annexe E

Exemple de sujet - test de logique

Sujets inédits corrigés

Sujet n° 1

Difficulté ✗✗✗	Durée 2 heures

Questions portant sur l'organisation

Logigramme

Erwan participe à la Fête du cinéma. À cette occasion, il va voir cinq films, sur cinq jours consécutifs. Les cinq films sont d'un genre différent, ont des durées différentes et sont projetés dans des salles différentes. À partir des indices, complétez le tableau et répondez aux questions suivantes.

		Genres					Durées (minutes)					Salles				
		Action	Amour	Comédie	Horreur	Thriller	120	125	130	135	140	1	2	3	4	5
Jours	Samedi															
	Dimanche															
	Lundi															
	Mardi															
	Mercredi															
Salles	1															
	2															
	3															
	4															
	5															
Durées (minutes)	120															
	125															
	130															
	135															
	140															

Indices :

1. Le film vu dimanche a duré 10 minutes de plus que le film d'horreur.

2. Le film d'une durée de 135 minutes, qui n'a pas été vu en dernier, a été vu salle 3.

3. Le film de 130 minutes a été vu mardi.

4. Le film de lundi, vu dans la salle 1, n'était pas un thriller.

5. Le film d'action vu dimanche n'a pas été projeté dans la salle 3, ni dans la salle 5.

6. Le film vu dans la salle 1 a duré cinq minutes de plus que la comédie vue salle 4.

Jours	Genres	Durées (minutes)	Salles
Samedi			
Dimanche			
Lundi			
Mardi			
Mercredi			

❶ Quel genre de film regarde Erwan le samedi ?
a. action b. amour c. comédie d. horreur e. thriller

❷ Quel genre de film regarde Erwan le dimanche ?
a. action b. amour c. comédie d. horreur e. thriller

❸ Quel genre de film regarde Erwan le lundi ?
a. action b. amour c. comédie d. horreur e. thriller

❹ Quel genre de film regarde Erwan le mardi ?
a. action b. amour c. comédie d. horreur e. thriller

❺ Quel genre de film regarde Erwan mercredi ?
a. action b. amour c. comédie d. horreur e. thriller

❻ Quelle est la durée en minutes du film vu samedi ?
a. 120 b. 125 c. 130 d. 135 e. 140

❼ Quelle est la durée en minutes du film vu dimanche ?
a. 120 b. 125 c. 130 d. 135 e. 140

❽ Quelle est la durée en minutes du film vu lundi ?
a. 120 b. 125 c. 130 d. 135 e. 140

❾ Quelle est la durée en minutes du film vu mardi ?
a. 120 b. 125 c. 130 d. 135 e. 140

❿ Quelle est la durée en minutes du film vu mercredi ?
a. 120 b. 125 c. 130 d. 135 e. 140

⓫ Dans quelle salle est projeté le film vu samedi ?
a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5

⓬ Dans quelle salle est projeté le film vu dimanche ?
a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5

Annexe F

Thèmes des sujets des oraux du concours d'entrée en IFSI

Pantun 2014

Jury 1 La chirurgie esthétique

Jury 2 La ponctualité

Jury 3 Les motivations et l'implication

Jury 4 « Les antibiotiques, c'est pas automatique » (énoncé partiel du sujet)

Jury 5 Les produits biologiques et locaux dans les cantines scolaires

Jury 6 L'orthographe et le développement des coachs en entreprise

Pantun 2016

Jury 7 La liberté d'expression a-t-elle des limites ? (énoncé du sujet)

Jury 8 Les produits dopants

Jury 9 Le gaspillage alimentaire

Jury 10 L'économie collaborative

Voulin 2014 (deux sujets par session)

Jury 1 Les jeux vidéos et l'évolution des joueurs // L'augmentation des problèmes de poids chez les jeunes

Jury 2 L'eau en bouteille versus l'eau du robinet // L'intergénérationnalité

Jury 3 Vieillissement et société // L'image de soi et de la société

Jury 4 Les jeux vidéos dans notre quotidien et les nouvelles technologies, quelle place ont-ils dans notre vie quotidienne ? // L'estime que les individus malades ont de leur corps

Jury 5 La famille et les rôles parentaux // Les réseaux sociaux et de l'alcool

Jury 6 Vieillissement et société // Image du corps et société

Annexe G

Statistiques - oraux de concours aux IFSI de Voulin et Pantun

FIGURE 5 – Notes obtenues en fonction de l'âge des candidat(e)s. Observations des oraux des concours d'entrée des IFSI de Voulin et Pantun en 2014, pour respectivement 30 et 34 candidates.

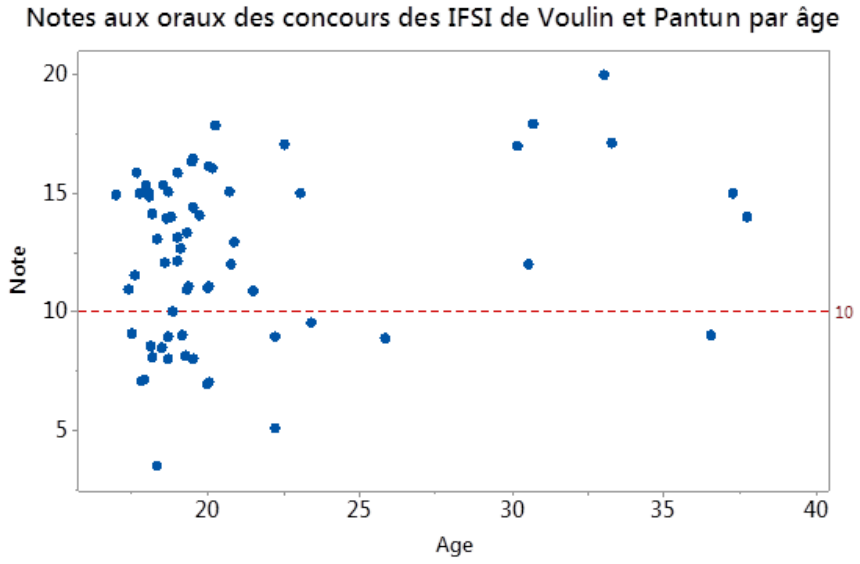


FIGURE 6 – Notes obtenues par sexe et par IFSI. Observations des oraux des concours d'entrée des IFSI de Voulin et Pantun en 2014, pour respectivement 30 et 34 candidates.

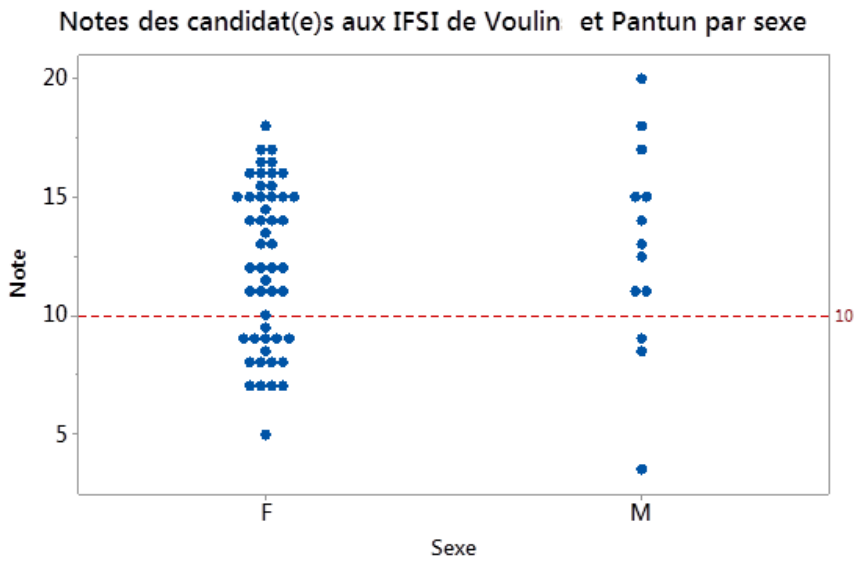
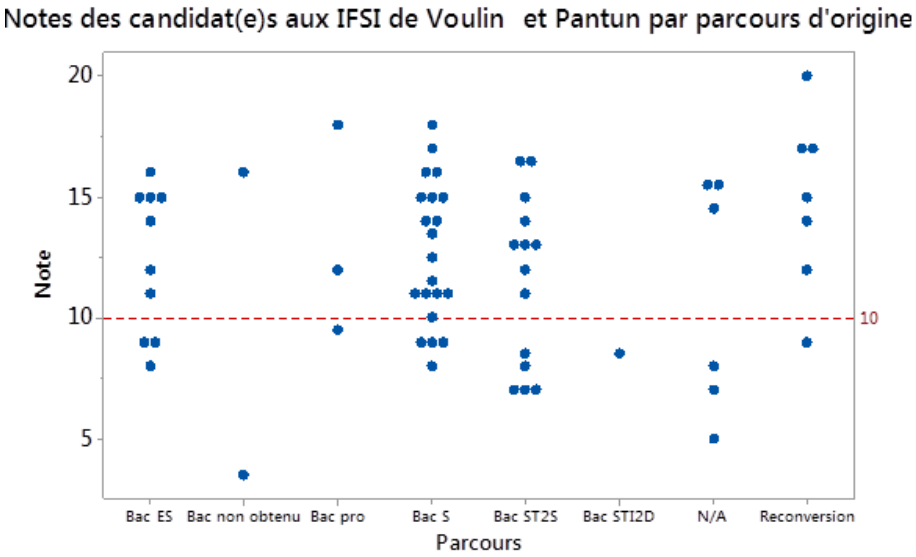


FIGURE 7 – Notes obtenues en fonction du parcours des candidat(e)s avant le concours. Observations des oraux des concours d'entrée des IFSI de Voulin et Pantun en 2014, pour respectivement 30 et 34 candidates.



Annexe H

Formulaire - Analyse de pratique par l'étudiant(e)

ANALYSE DE PRATIQUE

(A remplir par l'étudiant, après le stage)

Situations ou activités rencontrées

En citer deux pour les analyser : lesquelles, pour quelle demande, en relation avec qui, de quelles informations avez-vous eu besoin, les contraintes particulières, les marges d'autonomie, les modalités de réalisation le matériel, l'organisation, les connaissances utilisées, les habiletés nécessaire, les informations transmises, les résultats, ce que vous avez appris (observation, étonnement et points que vous souhaitez approfondir).

Lieu :

Situations ou activités vues ou réalisées :

Observations, étonnements :

Difficultés et points à approfondir :

Vous sentez-vous suffisamment autonome sur l'ensemble de ces activités pour les assurer seul ?

❒ Oui ❒ Non ❒ Pourquoi ?

Annexe I

Formulaire - Synthèse de stage par le formateur référent

SYNTHÈSE DE STAGE
PAR LE FORMATEUR RÉFÉRENT

Compétences	Acquisition		Commentaires
	oui	non	
Compétence 1 : Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	☐	☐	
Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmier	☐	☐	
Compétence 3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	☐	☐	
Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	☐	☐	
Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	☐	☐	
Compétence 6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	☐	☐	
Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle	☐	☐	
Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques	☐	☐	
Compétence 9 : Organiser et coordonner les interventions soignantes	☐	☐	
Compétence 10 : Informer, former des professionnels et des personnes en formation	☐	☐	

L'ÉTUDIANT A ANALYSÉ LES ACTIVITÉS MENTIONNÉES DANS LE PORTFOLIO
(pertinence de l'analyse, mobilisation des savoirs, cohérence dans la progression...)

L'ÉTUDIANT A RÉALISÉ DES ACTES, ACTIVITÉS ET TECHNIQUES DE SOINS EN LIEN AVEC LE STAGE EFFECTUÉ (ressources du lieu de stage...)

L'étudiant répond aux critères de présence en stage oui ☐ non ☐

PROPOSITION À LA COMMISSION D'ATTRIBUTION DES CRÉDITS

Attribution des crédits de stage : _____ /_____

Proposition de réajustement du parcours de stage (nouveau stage...) :

Date : .....

Nom du FORMATEUR :

.....

Signature du formateur :

Annexe J

Formulaire - Bilan du stage

Stage n°

BILAN DU STAGE

(A remplir par le tuteur à la fin de chaque stage au cours d'un entretien avec l'étudiant)

Ce bilan comporte des éléments de synthèse sur l'acquisition des éléments de compétence, ainsi que des éléments du comportement en stage : ponctualité, politesse, tenue, implication, respect des consignes, etc…

Commentaires du tuteur sur la période écoulée :

- **Points positifs**

- **Axes d'amélioration**

Date
Nom prénom, signature et tampon du service

ECOLE DOCTORALE SEPT

Titre : Des Femmes en Blanc – La « fabrication » des infirmières

Mots clés : infirmière, groupe professionnel, socialisation, apprentissage, recrutement

Résumé : Cette thèse a pour objectif d'aborder les processus de « fabrication » des infirmières françaises à partir de leur formation initiale. Nous nous demanderons comment une formation unique peut mener à des exercices particuliers. Dans un premier temps, nous proposerons une socio-histoire du groupe professionnel, éclairant les dynamiques internes du groupe professionnel, notamment en ce qui concerne la formation. Cette dernière est organisée par un groupe professionnel particulier : les cadres formatrices, qui définissent les missions communes à l'ensemble des infirmières et préservent ainsi leur espace d'intervention spécifique. Ensuite, à partir d'un travail de recherche qualitatif, nous nous intéresserons à la sélection et à la socialisation des futures professionnelles pendant le temps de leur formation. Cette sélection commence dès l'entrée en formation et se poursuit tout au long des études. Nous verrons qu'elle se réalise selon deux logiques : d'une part, les professionnelles préparent les étudiantes à devenir des infirmières « en général », et d'autre part les services repèrent parmi le vivier des étudiantes celles qui pourront devenir des infirmières « en particulier ». Il faudra, ensuite, qu'elles acceptent cette proposition.

Title : Women in White – The « making » of nurses

Keywords : nurse, professional group, socialization, learning, recruitment

Abstract : The purpose of this PhD thesis is to understand how French nurses are groomed. We will focus on their initial training. How does a common educational background manage to produce such different practitioners? Firstly, a socio-historical approach of the emergence of this professional group will enlighten its internal dynamics especially regarding the institutional education. The training is held by senior nurses, who define the specific tasks and duties of nurses. In a second step, starting from a qualitative and localized fieldwork, we will aim at understanding the recruitment and socialization of student nurses. Recruiting obviously begins with the nursing school entrance examination but continues on throughout the studies, following two patterns. On the one hand, at school, the senior nurses teach versatile skills. On the other hand, during internships in health institutions, the exercising nurses select the students fit to become nurses in this particular institution.

UBFC UNIVERSITE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

Université Bourgogne Franche-Comté
32, avenue de l'Observatoire
25000 Besançon