UFR Sciences de l'Homme et de la Société

Département des Sciences de l'éducation

Master 1 Sciences de l'éducation – F.O.A.D.

Identité professionnelle et sentiment d'appartenance durant la formation initiale en soins infirmiers : dimension individuelle et collective

AUDUREAU David

Numéro étudiant : 21503768

Tuteur : GUIRIMAND Nicolas

Année universitaire 2015-2016

Attestation d'authenticité

Je, soussigné : David AUDUREAU

Étudiant de : Master 1 sciences de l'éducation - FOAD

Établissement : Université de Rouen

Certifie par la présente que le texte soumis ne comporte aucun passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citation universitaires.

Fait à Angoulême, le 10 juin 2016

Signature de l'étudiant

Tout passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources, selon les normes de citation universitaires, sera considéré par le jury ou le correcteur comme plagié.

Tout plagiat réalisé par un étudiant constitue une fraude au sens du décret du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les EPCSCP. La fraude par plagiat relève de la compétence de la section de discipline de l'Université. En général la sanction infligée aux étudiants qui fraudent par plagiat s'élève à un an d'exclusion de tout établissement d'enseignement supérieur.

« L’identité n’est jamais donnée, elle est toujours construite et à (re) construire dans une incertitude plus ou moins grande et plus ou moins durable »
Claude DUBAR (1991)

SOMMAIRE

Introduction p.1

I. Une prise de distance nécessaire p.2

II. Constats et questionnement initiale d'un formateur p.4

III. Cadre conceptuel p.6
- A. Des repères sociétaux de moins en moins lisibles p.6
- B. De l'identité individuelle au groupe professionnel p.8
- C. Infirmière, un groupe aux multiples visages p.10
- D. Un héritage historique lourd de sens p.12
- E. Absence de filiation, recherche d'un mythe fondateur et fédérateur p.17
- F. Un idéal et une pratique en tension p.18
- G. Un statut mais une semi-profession p.20
- H. Le temps de la formation professionnel p.23

IV. Entretiens exploratoires p.25
- A. Analyse de la conduite des entretiens p.26
- B. Analyse de contenus p.26

V. Problématique p.35

VI. Hypothèses p.35

VII. Choix de la méthode de recherche p.36
- A. Dispositif de la pré-enquête p.39
- B. Analyse du questionnaire p.39
- C. Discussion des résultats et perspectives p.42
- D. Limites de la pré-enquête p.43

Conclusion p.44

Bibliographie et sitographie

Annexes

Introduction

Dans une société où les institutions sont en déclin, où la valeur travail n'est plus première dans la réalisation de soi, où les trajectoires individuelles sont valorisées, la question des identités prend une place de plus en plus importante.

Dans le cadre d'une formation professionnelle tournée vers le prendre soin, le rapport entre identité individuelle et collective se pose, car le processus identitaire se construit aussi dans un rapport aux autres. Mais quand le groupe professionnel est lui-même en difficulté pour définir son champ d'intervention, alors cela complique l'accompagnement de ce travail de socialisation.

Sans idée de jugement du dispositif de formation, il nous apparait important de commencer par observer et tenter d'objectiver ce qui relève de ce processus subjectif pour mieux le comprendre. C'est pourquoi dans un premier temps, nous tenterons de cerner ce concept d'identité et les principaux facteurs qui l'influencent tout en le resituant dans la réalité à laquelle se confronte les infirmières[1] d'aujourd'hui. A travers deux trajectoires professionnelles, nous essaierons de voir les liens qui se tissent entre identité et appartenance professionnelles.

Fort de cet éclairage, nous questionnerons auprès d'étudiants en formation en soins infirmiers, l'évolution de leurs motivations et apprécierons leur sentiment d'appartenance.

Nous conclurons ce travail exploratoire en envisageant des perspectives de poursuite.

[1] Lire « infirmiers et infirmières » à chaque fois que l'expression « infirmières » est utilisée

I. Une prise de distance nécessaire

Une des premières règles qui nous a été rappelée lors du début de ce travail est que le problème de départ n'est *« jamais neutre pour celui qui se le pose ».* Un effort de distanciation doit être fait avec le sujet qui nous intéresse. Mais cette attitude de l'esprit tel qu'Emile Durkheim le précise dans *les règles de la méthode sociologique*, en 1895, n'est pas facile à adopter car *« nous sommes encore trop accoutumés à trancher toutes ces questions d'après les suggestions du sens commun /…/ il nous impose ses jugements sans que nous y prenions garde. ».* Débuter ce travail qui se propose d'aborder la question du sentiment d'appartenance nécessite encore plus de dire qui on est et d'où on parle. Nous n'aurons pas la prétention de dire que cela sera suffisant pour garantir une posture distanciée mais cela servira en tout cas de mise en garde pour le lecteur.

Nous sommes donc infirmier, diplômé en 1997, cadre de santé depuis 2009, formateur depuis 10 ans, au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) du secteur privé. Cette présentation témoigne déjà d'appartenances multiples : professionnelle, statutaire, fonctionnelle et institutionnelle. Mais elles ne décrivent pas les rapports que nous entretenons individuellement avec chacune d'entre elles. Peut-être même, que la question de l'appartenance est intuitivement née d'une envie d'appartenir qui n'a pas pleinement trouvée satisfaction ?

Tout d'abord, le choix de cette formation n'a pas été pour nous une évidence mais le fruit d'une démarche raisonnée suite à un échec dans le cadre d'une autre orientation professionnelle. Ce qui nous a d'emblée éloigné d'un rapport idéalisé à la profession et placé dans une démarche plus pragmatique.

De plus, la profession infirmière fait partie des métiers dits « féminins » où les hommes représentent une minorité plutôt stable. L'identification professionnelle ne s'est donc pas construite à partir de l'intériorisation complète de modèles de professionnelles rencontrées en stage ou à l'I.F.S.I., mais de façon plus composite.

Par ailleurs, la réforme de 1992, a réuni deux domaines d'exercice très éloignés, la formation d'infirmier de secteur psychiatrique et celle d'infirmier de soins généraux, en un programme unique. Ce diplôme nous a donc ouvert les portes d'une variété de lieux d'exercice, tels que la neurologie, la dermatologie et la psychiatrie,

de secteurs d'activité, tels que public et privé, ainsi que de deux modes d'exercice, salarié et libéral. La polyvalence de ce parcours nous a permis de développer des capacités d'adaptation et de transférabilité des savoirs acquis, sans toutefois développer une réelle expertise. Ce qui a peut-être entretenu une préoccupation pour la profession dans son ensemble.

L'obtention du statut de cadre de santé, incite à abandonner la fonction soignante au profit d'une fonction managériale ou pédagogique. Cela implique un remaniement de l'identité professionnelle ou tout au moins la requestionne.

La fonction de formateur nous a ensuite confrontée, lors de la réforme de 2009, à une réingénierie de la formation passant d'une logique de contenu à une logique de compétences et surtout à un élargissement de la communauté pédagogique aux universitaires. La place et le rôle des formateurs ont donc été réinterrogées et font naître une incertitude quant à leur devenir.

Parallèlement, l'institution dont dépend l'IFSI où nous travaillons cherche depuis plusieurs années à changer d'image, pour passer d'une association de bénévoles à celle d'une entreprise compétitive. Or cette réorganisation nationale conduit depuis plusieurs années à redéfinir les objectifs de travail dans une perspective économique libérale de plus en plus en contradiction avec les valeurs humanistes fondatrices de cette institution. Le sentiment d'appartenance qui pouvait chez certains salariés reposer sur ces mêmes valeurs s'en trouve fortement fragilisé.

Enfin, à une échelle encore plus grande, être infirmier désigne une activité professionnelle récente, dont les premiers diplômes datent d'un peu plus de 100 ans et qui est en quête de reconnaissance pour accéder à un statut de profession à part entière. Appartenant à ce groupe professionnel, impliqué quotidiennement dans la formation de ses membres, nous ne sommes donc pas indifférent à cette émancipation sociale, dont les débuts difficiles de l'installation du Conseil de l'Ordre Infirmiers ne sont qu'un épiphénomène.

Nous sommes aussi conscients, qu'à ces raisons, il faut en ajouter d'autres, d'ordre plus personnel et intime en lien avec notre propre identité.

II. Constats et questionnement initial d'un formateur

En nous appuyant sur notre expérience, nous constatons que lors de l'entretien d'admission au concours d'entrée à l'I.F.S.I., un des critères les plus discrimant utilisé est celui des motivations du candidat et du réalisme de son projet. Nous avons pu identifier des éléments récurrents chez les candidats amenés à argumenter leur choix d'orientation :

- *« envie de devenir infirmière qui remonte à l'enfance »* sans pouvoir le relier à un évènement particulier. Est-ce que le lien demeure inconscient ? est-ce que ceux sont des valeurs familiales transmises tout au long de l'enfance que le candidat a incorporées au point de ne pas pouvoir s'en distancier et d'expliquer une orientation professionnelle qui semble aller de soi ? Parfois, il s'agit même du projet des autres, de leurs projections, auxquelles il faut rester loyal.

- *« allier technicité et relationnel »* : deux aspects de la profession que l'on oppose souvent, qui sont au cœur de la dialectique du soin, soigner un corps et une âme. La technicité renvoyant au corps, devenu objet du soin et dont l'approche médicale est souvent instrumentée et relève du registre du savoir-faire, du geste. « Le relationnel » est lui, associé à l'être, à la dimension affective de la maladie, à ses conséquences sur l'histoire de vie du sujet, ce qui relève plutôt de la parole. Dans le triptyque savoir, savoir-faire, savoir-être, attribué à Edgar Faure et souvent utilisé dans la formation infirmière, quelle place occupe le savoir ? Est-il à dissocié lui aussi ou bien se cache-t-il derrière le trait d'union ? En tout cas, c'est le rapport au savoir qu'il faut questionner et les infirmières ne sont généralement pas très à l'aise avec le sujet. Est-ce une profession qui ne s'inscrit que dans l'action ?

- *« personne qui a été malade ou qui a eu un proche malade »* : On peut imaginer l'expression d'une identification au soignant, disponible auprès d'êtres chers et auquel on confère une certaine aura, un certain pouvoir ? Est-ce une forme de dette, dont on ne peut s'acquitter qu'en devenant soi-même soignant ?

- *« envie de travailler auprès des enfants, souhaite devenir puéricultrice »* : le choix du public n'est pas anodin. Parfois ceux sont au contraire les personnes âgées qui sont évoquées. Dans les deux cas, il s'agit de personnes vulnérables qui éveillent un sentiment de protection, peut être en lien avec une fonction maternelle hypertrophiée ou le désir sublimé d'avoir un enfant ?

- *« a été en position d'aidant au sein de la structure familiale »* : il y a des candidats qui malgré leur jeune âge sont porteurs d'une gravité, certains diront d'une maturité, qui laisse transparaître une histoire et une dynamique familiale qui les ont confrontés très tôt à des responsabilités d'adulte. L'orientation de ces candidats devient alors, comme le prolongement d'un rôle familial déjà installé depuis plusieurs années.

- *« réorientation professionnelle »* : là, le candidat ayant déjà une expérience professionnelle évoque souvent le besoin de retrouver des valeurs humanistes, de *« vraies valeurs »*, perdues depuis plusieurs années dans l'exercice d'une activité commerciale par exemple. Mais l'argument est aussi utilisé pour dire que l'on s'est trompé de voie, dans le cadre d'une formation plutôt longue ou en tout cas très *« théorique »*, telle que la PACES.

- *« promotion professionnelle »* : poussé par des collègues ou par l'envie de prendre une revanche sur la vie qui n'a pas permis de poursuivre ces études. C'est là l'occasion d'un nouvel épanouissement, d'une émancipation aussi lorsque les enfants sont devenus grands ou encore une nécessité dans un contexte de séparation conjugale ou de perte d'emploi.

Bien entendu, ceux ne sont que des hypothèses, des questionnements qui rejaillissent et parfois se vérifient durant les aléas de la formation. Ces motivations initiales sont en tout cas souvent « moteur » dans l'apprentissage et à la base de la construction de l'identité professionnelle. Il nous parait évident qu'elles doivent être conscientisées, mises à distance pour laisser de la place à l'Autre, à de l'extériorité, à de la curiosité et du questionnement, sans quoi, point d'apprentissage, il suffit d'être soi-même pour soigner. L'enjeu est de sortir d'un adage quasi judéo-chrétien : « soigner l'autre tel qu'on aimerait être soigné », qui réduit l'autre à soi et oriente nos actions en fonction de nos uniques valeurs, convictions et croyances. Il s'agit de développer un esprit scientifique au sens de Gaston Bachelard, où la rupture épistémologique nécessaire à un travail de recherche, l'est tout autant lorsqu'on s'engage dans une relation de soin. Le référentiel de la formation infirmière de 2009 et « l'universitarisation » des contenus, s'inscrit dans cette démarche cognitive où l'on passe de la singularité des situations à leur conceptualisation et des savoirs académiques à leur utilisation professionnelle. Cet aller-retour entre savoir local et

savoir général trouve un parallèle entre la propre histoire de l'apprenant et celle de la profession. Nous pensons que l'acquisition des compétences ne suffisent pas pour « être un professionnel ». Nous partons du principe de la nécessité d'une rencontre identitaire entre l'étudiant en soins infirmiers et la profession infirmière. Quelle part de la profession l'étudiant s'approprie ? y a-t-il l'existence d'un sentiment d'appartenance à la profession ? L'identité professionnelle se construit-elle uniquement sur la propre histoire du sujet apprenant tel que nous l'avons abordé précédemment (insertion) ? s'enrichit-elle au cours de la formation d'autres repères et quels sont-ils ? Les motivations initiales sont-elles au contraire refoulées dans le domaine de la vie privée afin de laisser place au début d'une histoire collective, petit à petit incorporée (assimilation) ? Ou s'opère-t-il un remaniement plus complexe entre l'identité de l'apprenant et celle de la profession (intégration) ?

III. CADRE CONCEPTUEL

A. Des repères sociétaux de moins en moins lisibles

Dans la majorité des définitions de l'identité, quelles soit psychanalytique, sociologique ou relevant de la psychologie sociale, il est question du sujet ou de l'individu et de son rapport aux autres à un moment donné de son existence. La construction identitaire est donc un processus dynamique ouvert sur l'environnement. Or les sociologues décrivent depuis plusieurs décennies des changements profonds de l'environnement social. Par conséquent, il convient d'en identifier certains qui influencent aussi la socialisation secondaire, propre au temps de la formation professionnelle.

François Dubet (2002) constatant le déclin du *« programme institutionnel »*, comme mode de socialisation, décrit une *« rupture du principe de continuité entre la socialisation et la subjectivation »*[2]. Ce qui en d'autres termes signifie que les valeurs et les principes qui régissent la relation sociale ne sont plus perçus par l'acteur comme universels et partagés, ce qui lui ouvre un plus grand champ des possibles

[2] Dubet, 2002, p68 ;

dans ses références pour sa construction identitaire. La contrepartie est que l'acteur devenu sujet devient seul responsable de sa conduite, de ses choix, parfois démunis quant aux repères stables sur lesquels il peut s'appuyer pour se construire dans le rapport aux autres.

Plusieurs conséquences émergent alors, comme le risque d'une *« auto-référence éthique »*, où les valeurs personnelles prédominent et servent de critères d'évaluation aux conduites sociales. Ce qui inéluctablement aboutit à des jugements et des conflits de valeurs intersubjectives. Le caractère « *sacré »* du programme institutionnel qui le met à distance du monde trivial et donc qui le place au-dessus des enjeux individuels ne peut plus servir de tiers. C'est donc à chacun de trouver les ressources et d'accepter d'être altérer pour parvenir à des compromis. Cela sous-entend un certain degré de flexibilité individuelle.

Le renversement de la *« chaine de socialisation »* est aussi une manifestation d'un changement sociétal profond. Le consentement de l'élève, du patient, de la personne aidée doit être recherché avant même que les institutions exercent leurs missions. La motivation du sujet devient donc première voire pose problème. « *Le maître doit motiver l'élève avant que de faire la classe, le médecin doit motiver le malade pour qu'il se « batte » contre la maladie, le travailleur social doit motiver le RMIste pour qu'il désire « s'en sortir ». Or, pour motiver les autres, il faut d'abord se motiver soi-même, il faut être capable d'engager sa personnalité et ses convictions, et tous, infirmières, travailleurs sociaux et enseignants, disent que leur travail est de plus en plus épuisant puisque les acteurs n'entrent plus dans les institutions, armés de solides motivations traditionnelles*. » (Dubet, 2002).

Sous le terme de motivations traditionnelles, nous comprenons qu'il s'agit d'une référence aux générations passées et à leur adhésion à des valeurs communes, un attachement institutionnel et plus globalement au respect de la place et du rôle attribués à chacun. La formation professionnelle peut donc légitimement se poser la question de l'accompagnement du projet professionnel, en tant que compromis entre les désirs et motivations de l'apprenti et les exigences du métier. Pour cela, l'acquisition des compétences liées aux activités professionnelles est un objectif central mais dans le cadre d'une profession, la maîtrise des activités suffit-elle pour « être professionnel » ?

Une dimension identitaire s'y ajoute au niveau du lien entre le professionnel en devenir et le groupe professionnel. *« Il est question de l'existence d'une communauté réelle des membres partageant des « identités » et des « intérêts spécifiques » »* (Dubar, 1991).

B. De l'identité individuelle au groupe professionnel

Etymologiquement, le mot identité porte deux acceptions d'apparence contradictoire. Du latin « identitas », il désigne ce qui est semblable, complété au XVIIIème siècle par une notion de permanence. Et, le droit associera plus tard l'identité à une personne singulière pouvant être reconnue comme telle (Rey,2010).
La construction identitaire d'un individu mettrait donc en jeu un double processus.

Tout d'abord un processus d'assimilation ou d'identification qui consiste à se conformer, à s'approprier des éléments culturels, des caractères issus d'un groupe d'appartenance. C'est d'ailleurs ce groupe qui confère un statut, un rôle, une place sociale au sujet. Mais, il peut aussi puiser des modèles dans un groupe de référence différent du premier, plus éloigné. George Mead (Marc, 2009) précisera à ce sujet combien le soi repose sur les interactions quotidiennes. Autrui jouant tantôt un rôle de miroir, dont chacun a besoin pour se reconnaitre, tantôt un rôle plus « *opérant »* en imposant des normes, des rôles auxquels l'individu est invité à se soumettre. Pour le sociologue Goffman (1975), l'identité du sujet s'élabore à partir de l'opposition entre une « identité pour soi » et une « identité pour autrui ». L'approche psychanalytique a d'ailleurs le même point de vue et évoque même un deuxième conflit, d'ordre intrapsychique, à travers la question du soi et de l'idéal de soi.

Un second processus, de différenciation cette fois, amène le sujet à s'individualiser, à affirmer un soi propre, plus autonome. Le sujet cherche alors à se dégager de certaines assignations identitaires trop pesantes ou au contraire à valoriser celles qui lui sont favorables. Cette attitude est prédominante dans nos sociétés actuelles où l'idéologie de la réalisation de soi-même s'impose face à une période historique où la société définissait la place et la fonction de chacun. *« Mais si l'individu n'était pas libre, dans le sens moderne du terme, personne non plus ne se sentait seul ou isolé »* (Marc, 2009). Aujourd'hui, c'est à l'individu de donner un sens à son existence, de construire et maintenir une cohérence dans un monde aux

références éclatées. Par conséquent, une tension grandit entre *« l'identité héritée »* et *« l'identité acquise ».*

Le concept d'identité est également lié au temps et au rôle de la mémoire. Ainsi, malgré le caractère changeant, dans le temps, de l'identité, *« le sujet garde une conscience de son unité et de sa continuité »*. Certains, dont le philosophe Paul Ricœur, parlent d'ailleurs *« d'identité narrative »* dans le sens d'une reconstruction biographique permanente réalisée par le sujet lui-même au fil du temps. C'est une sorte de fiction mélangeant évènements réels et interprétation subjective.

Loin d'être une construction stable et linéaire, l'identité oscille entre des périodes de continuité et de rupture tout au long de la vie du sujet (De Gaulejac, 2002). *« Plusieurs facteurs, de nature sociale, sont susceptibles d'entrainer des modifications importantes dans la conscience de soi : le choix de l'exercice d'une profession, … »* (Marc, 2009).

L'entrée dans une formation professionnelle comme agent potentiel de changement identitaire, nous amène à introduire la notion de « groupe » et son rapport à l'identité. Oberlé (2009) nous rappelle qu'au moins trois types de liens unissent les membres d'un groupe : un lien imaginaire par le partage de désirs et de rêves communs, un lien technique dérivant du savoir-faire et une adhésion commune à des normes et des valeurs. En outre, Jean-Paul Sartre démontra que le groupe se définit aussi dans son rapport avec l'extériorité, dans sa confrontation à d'autres groupes. Entrer dans un groupe consiste donc à y retrouver une partie de son identité, tout en se conformant à ses règles et, en acceptant voire en participant à son devenir quant à la place sociale qu'il occupe.

Dès lors nous pouvons nous poser la question de la transformation d'une occupation professionnelle en profession. Deux approches sociologiques semblent se dégager, celle de Parsons, plutôt statutaire qui caractérise une profession par l'utilisation d'un savoir théorique nécessitant une formation longue, un monopole d'activité, la qualité du service rendu à la société reposant sur un code de déontologie et l'existence d'un ordre. Hugues, lui, préfère questionner les conditions qui amènent un groupe à revendiquer le statut de profession.

Quand est-il des infirmières ?

C. Infirmière, un groupe aux multiples visages

Le 1er janvier 2015, le répertoire Adeli recense 638 248 infirmiers[3] en activité en France. C'est la première profession de santé en France, atteignant en 2010, un maximum historique en termes d'effectifs ou de densité (809 infirmiers pour 100000 habitants). Cette profession[4] reste très majoritairement féminine (88% des effectifs) et travaille principalement en tant que salariée (88%) du secteur public (49%).Cette image correspond assez bien à la représentation générale que l'on peut se faire des infirmières.

Cependant, une analyse plus fine fait apparaître un groupe professionnel beaucoup plus hétérogène. Du fait de la diversité de leurs modes d'exercice (salariés du secteur public ou privé, libéraux), de leurs lieux d'exercice (services de psychiatrie, services de soins généraux, lieux de vie, de travail ou de formation), de leurs spécialisations (infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, puériculture), de leurs formations complémentaires (stomatothérapeute, infirmier hygiéniste, infirmier en santé publique, infirmier clinicien, infirmière coordinatrice en EHPAD, DU en Soins palliatifs, DU plaies et cicatrisation, DU douleur) ou encore de leur statut hiérarchique (cadre de santé, cadre supérieur, directeur des soins).

De plus, la profession infirmière fait partie des activités professionnelles incarnant les « vertues dites féminines »[5], les hommes en effectifs constants (13%), sont toutefois surreprésentés dans certains domaines d'activités (infirmier anesthésiste et cadre de santé).

Le processus d'identification inhérent à la construction identitaire n'est donc pas facilité face à une telle diversité, qui sont tout autant de groupes d'appartenance.

Bien que située loin devant les Aide soignantes (400000), les médecins (222150) et autres professions médicales (137400), les professionnels de la

[3] Rapport 08/04/15 de la DREES

[4] Revue études et résultats, n°759, mai 2011

[5] Observatoire des inégalités, consulté le 24/02/16
http://www.inegalites.fr/spip.php?page=article&id_article=1048

rééducation confondus (154500) et les autres professionnels paramédicaux, la loi du nombre ne semble pas coïncider à la place sociale occupée par les infirmières.

Le très faible taux de syndicalisation, autour de 5%, témoigne d'une absence de culture militante, malgré le cas particulier des infirmiers libéraux dont le taux de cotisants est situé autour de 65%.

Parallèlement, on constate que *« la France est le seul pays au monde dans le cadre du Conseil international des infirmières à avoir un nombre aussi important d'associations »*[6] . La pluralité de ces regroupements est certes un signe de vitalité et de richesse en termes d'idées mais nuit à une représentativité efficace. La coordination de l'ensemble du corps professionnel peine à se faire par l'organe désigné, le Conseil de l'Ordre National des Infirmiers (ONI). Crée en 2006 par décret[7], il a du mal à trouver une légitimité aux yeux des professionnels qu'il est sensé représenté dans le cadre de ses missions : de contrôle d'accès à la profession, d'application du code déontologique, d'instance de conciliation et disciplinaire ainsi que de promotion et de valorisation sociale à travers son action politique. Comme le déclare N. Depoire, présidente de la Coordination Nationale Infirmière (CNI), *« ce n'est pas dans la culture infirmière de revendiquer. Les infirmières sont peut-être davantage habituées à prendre soin des autres que d'elles-mêmes. La connotation politique peut également les gêner »*.[8]

De ces deux derniers points, nous pouvons en déduire que les infirmières sont engagées dans leur métier, au sein de leurs lieux d'activités et dans leur quotidien mais semblent moins impliquées dans l'évolution de leur profession ou tout au moins ne manifestent pas l'envie d'élaborer un discours commun, signe d'une identité commune.

Est-ce le poids d'une partie de l'héritage historique dont elles n'arrivent pas à s'émanciper ? Est-ce l'expression de valeurs humanistes apparemment incompatibles avec les enjeux politiques et économiques qui les en éloignent ? Est-ce un rapport plus pragmatique au monde social ?

---

[6] DUBOYS FRESNEY C., PERRIN Georgette, p.92 le métier d'infirmière en France

[7] Légifrance, 2007

[8] Actusoins, 2011

D. Un héritage historique lourd de sens

Le mot infirmier entre en usage en 1398 pour désigner les emplois d'infirmier ou d'infirmière dans les infirmeries. [9] Son étymologie vient de *« l'infirme », « infirmité »* dérivés de « *enfermier »,* qui ne fait pas référence à « l'enfermement » mais à la traduction d'infirmus qui désignait « le malade » ou « l'invalide ». Une confusion ou tout au moins une grande proximité entre le soignant et le soigné apparait donc au niveau des termes sensés les distinguer.

Marie-Françoise Collière (1998) dans son approche anthropologique et historique des soins, nous invite à remonter à la fonction originelle du soin.
C'est autour du « *feu »* qui deviendra plus tard le « *foyer »* que l'activité du prendre soin commence. Il s'agit de prendre soin du « *domus »* (la maison) et des personnes (la famille) qui y vivent à tous les âges de la vie. *« Domus/familia/hominem »*, tel était en latin l'origine du prendre soin. Soigner, c'est donc aider à passer une étape de la vie (passer, dépasser, trépasser…). Les soignants sont donc *« des passeurs »*.
A l'origine de l'humanité, s'est opérée une division sexuelle de la pratique des soins :

- ✓ *« Assurer le maintien et la continuité de la vie du groupe et de l'espèce »* : la pratique des soins correspond au prolongement d'une fonction sociale élaborée autour de la fécondité et donc dévolue aux femmes qui donnent la vie, apporte des soins au corps en premier lieu par l'alimentation, puis par les plantes aux malades.
- ✓ *« Lutter contre la mort et protéger l'espèce des menaces »* : défendre un territoire, chasser pour subsister est un rôle dévolu aux hommes qui utilisent leur force physique et leurs outils tranchants. Les soins aux corps blessés, qu'ils explorent à l'aide d'outils de plus en plus sophistiqués, deviendront la compétence exclusive des hommes, devenant plus tard forgerons, barbiers et chirurgiens. A ce type de soins, il faut ajouter ceux nécessitant l'utilisation d'une force physique : traumatismes osseux et folie.

[9] MAGNAN R., 2001.

Deux corps de soignants coexistent et suivront des chemins différents avant de travailler ensemble avec l'avènement de la médecine scientifique et de ses découvertes.

La branche féminine connaitra différentes figures. Celle de la « matrone », dont l'âge et l'expérience de l'accouchement, l'autorisent à pratiquer et transmettre les soins quotidiens oralement et par les mains. La « qualification » repose donc sur des savoirs empiriquement éprouvés et pas forcément explicités. Personne et fonction soignante sont confondues.

Puis avec l'arrivée du christianisme, la femme savante est bannie, viendra alors le modèle de la femme consacrée ayant fait vœu de chasteté. Elle n'a plus besoin d'avoir enfanté pour soigner et les qualités requises sont : la pauvreté matérielle, la capacité de faire abstraction de soi, le dévouement au malade, l'obéissance au médecin et l'absence de questionnement. Le soin infirmier n'a à ce moment-là aucune valeur économique, il repose sur la gratuité et le don de soi. Ici ceux sont les « qualités humaines » qui prédominent, la centration sur l'autre et le désintéressement matériel. Des contenus de formations commencent à être formalisés notamment pour *« les filles de la charité »* (1633) et plus tard *« les Diaconesses »* (1841).

A la fin du XIXe siècle, avec la révolution pasteurienne, l'approche de la maladie nécessite l'utilisation de techniques de plus en plus perfectionnées[10]. Les médecins investissent les hôpitaux, débordés, ils se trouvent dans la nécessité de déléguer certains soins à un personnel subalterne. La séparation de l'Eglise et de l'Etat (1905) s'accompagne de l'arrivée d'un personnel laïque et du départ progressif des religieuses. Les administrations recrutent intensivement parmi les catégories sociales sans emploi et sans instruction. Elles prennent en charge totalement les nouvelles recrues, nourries, blanchies, logées et corvéables à merci. La carence de l'instruction primaire des femmes situe les soignantes au plus bas de l'échelle des salaires. La dernière figure de l'infirmière est née, celle de l'auxiliaire médicale. C'est la *« tabula rasa »*, faisant fi des savoirs d'expérience et des capacités relationnelles, la soignante est choisie au regard de sa docilité et de son caractère malléable. Elle peut donc plus facilement appliquer, exécuter ce qui lui est demandé comme une

[10] CHARLES.G, 1984

sorte de prolongement des mains du médecin auquel elle est maintenant subordonnée.

La suite de l'histoire de la profession peut être envisagée sous l'angle du rapport au savoir et de l'autonomie.

En 1878, les écoles des hôpitaux de la Salpetrière et de Bicêtre ouvrent leurs portes sous l'impulsion du Dr Bourneville. Le programme dure 1 an avec stage en journée et cours magistral le soir délivré par le corps médical autour de 7 domaines : administration et comptabilité hospitalière, anatomie, physiologie, pansements et petite chirurgie, hygiène, soins aux femmes en couches, aux nouveau-nés, pharmacologie et cours sur les crèches. L'orientation est résolument médicale et technique, le « prendre soin » cède petit à petit le pas au « faire des soins ».

De par ses origines britanniques et ses liens outre-Atlantique, le Dr Anna Hamilton favorisera la diffusion d'un contre-modèle de soins infirmiers et ouvrira l'école d'infirmière Florence Nightingale de Bagatelle en 1902.[11]Femme médecin, elle soutient une thèse sur le *« nursing »* qui milite en faveur de la formation des femmes soignantes et de leur recrutement dans un milieu d'origine favorisé. *« [les fonctions de l'infirmière qui sont] multiples, ne sauraient être bien remplies que par des femmes d'éducation, dûment instruites, possédant la culture intellectuelle qui affine et développe les qualités du cœur et de l'esprit ; livrer à des personnes ne possédant pas cette éducation une carrière pareille, c'est jeter sur elles un discrédit qu'aucun diplôme ne peut compenser… »*[12]. La conviction du Dr Hamilton trouvera peu d'échos, par contre le partage du savoir médical sera vite ressenti comme une menace potentielle, que certains médecins n'oublieront pas de rappeler à l'instar du Dr Sebileau : « *on vous a donné l'instruction, les notions techniques indispensables ; gardez-vous-en d'en tirer un orgueil excessif. Restez femmes et infirmières, respectez le médecin même si vous jugez qu'il ne le mérite pas »*

Cette double appartenance de la pratique infirmière, héritière du modèle religieux et soumise au pouvoir médical marquera profondément en France le mode

[11] DUBOYS FRESNEY C., PERRIN G., 2005

[12] DIEBOLT E., FOUCHE N., 2011

d'identification de cette pratique. La mission de l'infirmière est d'ordre moral autant que technique. A elle de savoir concilier la résolution des problèmes humains sans autre ressource que la morale professionnelle et savoir se servir de la technique médicale dans la limite des prescriptions qui lui sont faites.[13]

En 1922, Léonie Chaptal remet au Conseil supérieur de l'assistance Publique un rapport qui sera la base d'un décret instituant un diplôme national (brevet de capacité d'infirmière professionnelle) et la reconnaissance officielle qui l'accompagne. La formation dure 2 ans, un programme d'enseignement officiel est arrêté ainsi qu'un agrément.

Après la seconde guerre mondiale, avec le développement de l'antibiothérapie et des techniques d'explorations, l'hôpital devient un lieu d'hyper technicité, et l'on assiste d'une part à l'apparition de nouveaux professionnels de santé (diététiciennes, manipulateurs en radiologie médicale, techniciens de laboratoire...) et d'autre part à l'appropriation par les infirmières de nouvelles compétences médicales.

Entre 1950 et 1985, des infirmières cherchent à théoriser et modéliser la pratique des soins infirmiers afin de situer l'exercice infirmier dans un cadre théorique qui s'éloigne du modèle biomédical. Le raisonnement clinique replace le patient au centre de la prise en soins dans un courant humaniste en réaction peut être à une technicité grandissante et à une volonté de reconnaissance et d'émancipation de l'infirmière.

En 1981, la notion de « rôle propre » est reconnue par le législateur et la classification de l'A.N.A.D.I. (Association Nord-Américaine des Diagnostics Infirmiers) sert de base à l'élaboration des « diagnostics infirmiers », complémentaires du diagnostic médical, car centré sur le patient et non sur la maladie.

La formation unique de 1992 marque la fusion entre les diplômes d'infirmiers de secteur psychiatrique et d'infirmiers en soins généraux. Le corps et l'esprit sont de nouveau réunis. Cependant, ceux sont deux identités professionnelles qui ont évoluées séparément et qui s'opposent plus qu'elles ne se complètent.

Le référentiel de compétences de 2009 s'accompagne de « l'universitarisation » des contenus et l'entrée dans le système LMD suite aux accords de Bologne qui visent la création d'un espace européen d'enseignement

[13] COLLIERE M-F, 1982

supérieur. L'élite infirmière y voit là l'opportunité d'une reconnaissance supplémentaire à travers la promotion de la recherche et l'espoir de voir naître un jour des *« sciences infirmières »*. La question de l'identité professionnelle tisse donc également des liens avec l'activité de recherche, soutenue par la Direction Générale de l'Offre de Soins (D.G.O.S.) depuis 2010 à travers la création d'un programme hospitalier de recherche infirmière (P.H.R.I.). Mais l'enjeu pour le ministère de la santé n'est pas celui de la profession puisque dès l'année suivante les appels à projets ont été élargis à l'ensemble des paramédicaux.

Ce bref détour historique permet de dégager plusieurs axes identitaires.

Tout d'abord, la condition féminine est intimement liée à la fonction sociale de l'infirmière, au point de faire naître une confusion malheureuse entre le rôle et la fonction, entre la personne et sa qualification. *« On a donc figé les infirmières en prescrivant leur pratique, en déterminant l'exécution de celle-ci, en rédigeant les manuels chargés de les instruire, en dictant leurs règles de conduite, en façonnant leur comportement, en exigeant d'elles obéissance et soumission, en leur imposant le silence qui durant des décennies a empêché toute expression de groupe, toute prise de conscience de classe. »* (Collière, 2000)

L'identité infirmière se définit en grande partie en miroir ou en opposition au médecin, c'est-à-dire plus dans un processus d'identification que d'identisation, concept proposé par Pierre Tap (2013) correspondant au *« processus de transformation de la structure de l'identité, du système de représentations et d'actes qu'elle représente. Elle est donc à la fois transformation et continuation ».*

De plus, si on considère le concept de *« rapport au savoir »* comme rapport à soi, aux autres et au monde qui conditionne au-delà de ses origines sociales, les réussites et les échecs et leur impact sur l'estime de soi (Charlot, 1999), alors nous pouvons dire à l'échelle collective que l'infirmière n'a pas eu une expérience positive à travers son histoire. D'abord reconnue pour son savoir d'expérience naturellement lié à son rôle social, puis dépossédée d'un savoir transmis oralement et appréciée pour son savoir être, enfin mise en position de maître à élève face au savoir médical enseigné à finalité exclusivement pratique.

Enfin, bien que la fonction du prendre soin de ses congénères soit inhérente à la condition humaine, il s'agit d'une profession encore jeune qui s'autonomise que depuis environ 35 ans.

E. Absence de filiation, recherche d'un mythe fondateur et fédérateur

Quand on interroge spontanément des étudiants de 2 ou 3ème année de formation, sur les infirmier(e)s ayant marqués la profession, 2 ou 3 noms sont cités : Florence Nightingale, Virginia Henderson et Simone Veil ! Au-delà de l'erreur, c'est de la place de la culture professionnelle dont il s'agit et de la difficulté future à établir un lien de filiation.

Dominique Bourgeon (2009), nous rappelle que l'identité renvoie à la notion de filiation, on est le « fils de » et donc à un lien avec le passé, avec ses origines. Il s'agit d'un *« sentiment d'appartenance verticale »* à nos parents et ancêtres. Cette continuité au passé est sans cesse menacée par les évènements présents. L'équilibre mental est préservé au prix d'un travail de tri, d'oubli et d'intégration de ces évènements dans le récit de vie du sujet. Nous comprenons là, que « *l'identité est en partie narrative »* et reconstruite par son auteur. Lorsqu'il choisit d'entrer dans une profession, il s'inscrit dans une autre forme de filiation, un autre groupe d'appartenance, dont il rejette ou intègre de la même façon ce qui fait sens pour lui. Mais encore faut-il qu'un récit lui soit proposé et c'est aux organismes de formation qu'incombe cette charge.

Si une profession se différencie par des savoirs, un cadre d'exercice, elle se distingue aussi par *« une histoire et un mythe originel ».* A défaut de mythe, Bourgeon nous propose deux figures historiques qui ont des traits communs : Pussin et Pappenheim.

Jean-Baptiste Pussin, fils de tanneurs, est hospitalisé à l'hôtel Dieu de Paris en 1771. Malgré sa guérison, il s'y sédentarisera jusqu'à ce que l'administration lui confie une fonction éducative puis soignante. Plus connu sous le nom de *« gouverneur des fous »*, il convaincra le Dr Pinel de faire ôter les chaines des aliénés de Bicêtre et de prescrire des *« remèdes moraux ».* Infirme devenu infirmier, animé de valeurs humanistes, il se montrera un collaborateur précieux auprès des

médecins asilaires mais dont la postérité ne retiendra pas le nom, ni les audacieuses initiatives.

Bertha Pappenheim, née en 1859 au sein d'une famille juive orthodoxe, sera confrontée très tôt à la mort de nombreux proches. Elle soignera son père malade avant d'en être éloignée et de présenter les premiers symptômes que son médecin Breuer qualifiera d'hystériques. C'est elle qui lui aurait suggérée l'intérêt de mettre en mots ses symptômes puis de remonter à leur origine. Freud s'en servira pour élaborer les bases de la cure psychanalytique et rebaptisera Bertha sous le nom plus connu « d'Anna O. » Deux ans après l'apparition des troubles, Bertha suit des cours d'aide-soignante puis d'infirmière et s'engage activement auprès des indigents, des orphelins puis des jeunes femmes marginales et délinquantes.

Aidant naturel devenue malade puis soignante militante, une fois encore, l'expérience de la maladie et l'histoire de vie semble avoir été aux origines de la vocation infirmière, telle que nous l'avons évoqué avec la figure de la matrone. Nous retrouvons ces mêmes caractéristiques biographiques chez d'autres précurseurs des soins infirmiers tels que Florence Nightingale, « la dame à la lampe » britannique et Léonie Chaptal. Mais ces exemples sont-ils fédérateurs, pour ceux qui n'ont pas vécu le même cheminement ? Permettent-ils une identification suffisante pour ceux qui aujourd'hui ont d'autres sources de motivations ou d'autres centres d'intérêt que ceux de la psychiatrie ?

Bien que la filiation historique ne soit pas évidente, au point que l'on cherche a posteriori à trouver des figures emblématiques, les infirmières sont porteuses de valeurs et d'une vision holistique qui semblent les caractériser et qui est au cœur du raisonnement clinique qu'elles ont théorisé.

F. Un idéal et une pratique en tension

L'hôpital moderne est issu d'un double héritage, charitable et religieux d'une part, lieu d'implantation et de développement d'une science médicale et technologique d'autre part. *« Mais la rencontre progressive de ces deux univers n'a jamais engendré un monde totalement intégré »* (Dubet, 2002). Toutefois, un modèle

est né, celui de Parsons[14] qui considère la relation de soin comme une relation sociale asymétrique entre le médecin, actif et détenteur d'un pouvoir de guérison et le malade, passif mais coopérant car voulant guérir. Les infirmières se situent dans cet idéal parsonien et se considèrent comme étant au centre de ce modèle sociologique fonctionnaliste. *« Elles portent à la fois la technique « masculine » et la relation « féminine », elles veulent être simultanément dans le monde de la science et de la technique, et dans celui de la compréhension et de la compassion. »* (Dubet, 2002)

Mais la nouvelle gouvernance contenue dans le plan hôpital 2007, en responsabilisant les acteurs, renforce une troisième dimension de l'hôpital devenu une entreprise, la logique gestionnaire. Les infirmières trouvent leur raison d'être dans cette communauté soignante articulant technique médicale et chaleur humaine et cherchent dans leur pratique à trouver un compromis entre ces trois logiques. Elles *« passent donc leur temps à courir »* pour tenter de répondre à des injonctions souvent paradoxales telles que la réalisation d'un nombre accrus d'actes techniques, avec un personnel à flux tendu, tout en étant insatisfaites de ne pas *« avoir passé plus de temps »* auprès du patient. L'idéal parsonien ne se réalise pas car les infirmières sont sans cesse tiraillées par la réalité mais il organise l'imaginaire et la critique. Petit à petit, le temps infirmier se résume à *« faire des soins »*, ce qui renvoi l'infirmière à sa fonction d'auxiliaire médicale. Quid des diagnostics infirmiers ? L'accompagnement, lui, n'étant valorisé ni par un discours scientifique, ni par la tarification à l'activité (T2A), est relégué au second plan. En somme, *« l'infirmière n'existe que par procuration, l'essentiel des prescriptions médicales reste tacite. D'où aucune reconnaissance des investissements psycho affectifs et cognitifs, aucun lieu d'échanges où les choses peuvent être entendues comme provenant de l'expérience infirmière. »* (Wenner, 1999)

Le statut d'infirmière peut lui permettre « d'échapper » temporairement à cette situation, grâce à la polyvalence et donc à la mobilité professionnelle qu'il lui confère. Bien que certains discours véhiculés sur la durée moyenne d'exercice la réduisent à une dizaine d'années, le rapport de la DRESS de mai 2011 évalue la durée moyenne de carrière à 30 ans pour les salariés hospitaliers du secteur public, à 33 ans pour le

[14] Dubar, 2015

secteur privé et 35 ans pour les infirmiers libéraux. Nous pouvons peut-être trouver comme point de départ à cette idée reçue une étude exhaustive (575 établissements répondants /579) menée entre 1964 et 1965, par Baudot et Vimont (1968) auprès de tous les hôpitaux publics de France. L'enquête concluait sur une grande instabilité des infirmières dont la durée moyenne de carrière était de 5 ans et 5 mois et dont les raisons d'abandon étaient d'ordre familial (mariage, enfant, changement de domicile) ou professionnel (pénibilité, rémunération).

La durée moyenne d'exercice n'est donc pas un indicateur significatif d'un mal-être identitaire au travail, la durée moyenne d'activité dans un service serait plus parlante mais plus difficilement accessible.

A défaut de toujours pouvoir être en accord avec ses valeurs professionnelles, le statut constitue une forme de protection et de stabilité en termes de reconnaissance.

G. Un statut mais une semi-profession

Le statut est conféré par le titre, en l'occurrence ici, le diplôme d'état d'infirmier fruit d'un long travail de lutte mené auprès de l'Etat par ceux qui exerçaient et défendaient cette activité à l'instar de Léonie Chaptal. Cependant il ne s'agit là que d'un premier pas vers l'acquisition des attributs d'une profession. Ainsi les travaux de Wilensky (1964), ont permis d'identifier 6 caractéristiques d'une occupation qui se professionnalise :

- ✓ Etre exercée à plein temps ;
- ✓ Comporter des règles d'activité ;
- ✓ Comprendre une formation et des écoles spécialisées ;
- ✓ Posséder des organisations professionnelles ;
- ✓ Comporter une protection légale du monopole ;
- ✓ Avoir établi un code de déontologie.

Cette approche fonctionnaliste permet aux infirmières de revendiquer le statut de profession. Or certains auteurs, la qualifient encore de *« semi-profession »* ou de *« profession intermédiaire »* car elle ne répondrait pas complètement à ce qui caractérise les professions établies. En effet, Chapoulie (1973) précise que *« les professions constituent des communautés réelles dans la mesure où exerçant leur*

activité à plein temps, n'abandonnant leur métier qu'exceptionnellement au cours de leur existence active, leurs membres partagent des « identités » et des intérêts spécifiques ».

Nous pensons que la conception interactionniste de l'activité professionnelle peut nous aider à aller plus loin pour comprendre ce qui ne fait pas sens commun pour le groupe infirmier. Hugues, le premier, énonce que l'activité professionnelle doit être étudiée comme un processus non seulement biographique mais également identitaire. Il dégage ainsi quatre principes fondateurs que Dubar et Tripier (1998) ont synthétisés :

1. Les groupes professionnels *(« occupational groups »)* sont des processus d'interactions qui conduisent les membres d'une même activité de travail à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie, leur territoire et à se protéger de la concurrence.

Le champ professionnel de l'infirmier est vaste, préventif, curatif, palliatif et se trouve à la croisée d'autres champs professionnels apparus récemment. Par ailleurs, une partie de ses activités en lien avec la dimension relationnelle du soin n'est pas toujours prise en compte.

2. La vie professionnelle est un processus biographique qui construit les identités tout au long du déroulement du cycle de vie, depuis l'entrée en activité jusqu'à la retraite, en passant par les tournants de la vie *(« turning points »)*

Les trajectoires individuelles sont multiples et variées du fait de la mobilité professionnelle offerte par l'obtention du diplôme d'état d'infirmier ce qui en contrepartie crée plus de singularité que d'homogénéité au sein du groupe professionnel. Les infirmières parlent d'ailleurs souvent en leur nom propre lorsqu'elles s'expriment.

3. Les processus biographiques et les mécanismes d'interactions sont dans une relation d'interdépendance : la dynamique d'un groupe professionnel dépend des trajectoires biographiques *(« careers »)* de ses membres, elles-mêmes influencées par les interactions existant entre eux et avec l'environnement

Les organisations de travail, la dimension socio-économique des soins, l'hyper technicité et le développement des expertises mettent l'idéal de la profession en tension, ce qui expose plus directement les trajectoires individuelles à leur environnement de travail.

4. Les groupes professionnels cherchent à se faire reconnaître par leurs partenaires en développant des rhétoriques professionnelles et en recherchant des protections légales. Certains y parviennent mieux que d'autres, grâce à leur position dans la division morale du travail et à leur capacité à se coaliser. Mais tous aspirent à obtenir un statut protecteur

Des mobilisations existent à l'échelle d'un service ou d'une spécialisation mais les revendications communes à l'ensemble des professionnelles sont rares. Le langage commun et la construction d'un discours professionnel peine à émerger et bien souvent reste au niveau d'un simple jargon. Comme le développe Catherine Paradeise (1985), *« un métier n'accède pas nécessairement au rang de profession. Tout dépend de l'argumentation que les candidats à la professionnalisation sont capables de faire entendre à un auditoire. »* Un travail de construction est à élaborer autour d'une *« rhétorique de la vérité, du besoin, de la science et de la relation besoin/science. »* Le groupe professionnel devient légitime lorsque ses services répondent à un besoin et que la pratique qu'il développe repose sur un savoir *« éthiquement neutre, universel, donc indépendant des conditions d'application, impersonnel donc indépendant de celui qui l'applique ».* Cela implique l'utilisation de résultats probants, or ce critère de scientificité fait défaut aujourd'hui dans la pratique infirmière.

Selon Vilbrod (2001), quatre éléments interviennent dans la construction de l'identité professionnelle : nous avons abordés les trois premiers : l'histoire et la filiation, l'idéal et les valeurs, le statut et la profession. Le quatrième élément, la formation, est un espace de convergence des 3 premiers : lieu de transmission, lieu de confrontation, de distanciation et lieu de certification.

H. Le temps de la formation professionnelle

La formation infirmière correspond à un temps de socialisation secondaire à l'éducation première de l'enfant, issu de la culture de son groupe d'origine à la base de la construction de sa personnalité. Ce second temps correspond pour Dubar (1991), à *« l'incorporation de savoirs spécialisés que nous appellerons savoirs professionnels »* et à l'immersion dans *« un véritable « univers symbolique » véhiculant une conception du monde »*. Ce changement de paradigme s'accompagne inévitablement d'un changement identitaire. Mais pour être réussi, il est conditionné par « *une prise de distance des rôles, des techniques assurant une forte identification au futur rôle visé, un processus institutionnel d'initiation et une implication des socialisateurs dans ce changement de monde, l'action continue d'un « appareil de conversion » permettant la reconstruction symbolique de la réalité subjective et l'existence d'une « structure de plausibilité », c'est-à-dire une institution médiatrice permettant la conservation d'une partie de l'identité ancienne au fur et à mesure de l'identification à des autruis significatifs nouveaux perçus comme légitimes »* par l'apprenant. Une étudiante infirmière vit ainsi cette tension particulière entre *« d'un côté ce qui est continuité, à savoir sa personne avec son vécu, ses valeurs, ses expériences qui ont forgé son caractère et sa compréhension du monde et, de l'autre, ses interactions nouvelles avec un monde méconnu, une profession elle-même marquée d'une identité » (Haberey-knuessi, 2013).*

La formation initiale, en alternance, d'une durée de 3 ans, vise à mettre sur le marché du travail *« un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle » (annexe III de l'arrêté du 31/07/09)*. L'objectif est ambitieux au regard de la grande hétérogénéité des étudiants inscrits au semestre 1. On peut d'ailleurs se demander si la *« conversion doctrinale »* des infirmiers durant ce court laps de temps s'opère toujours. Pour rappel, Fred Davis (1966), à l'issue d'une étude portant sur 5 promotions successives d'élèves infirmiers, identifiait 6 étapes :

- ✓ *« L'innocence initiale »* faite de stéréotypes de l'infirmière, dévouée, altruiste et disponible.

- ✓ *« Le choc de la réalité »* correspondant à la prise de conscience de l'écart entre la représentation idéalisée de la profession et la réalité quotidienne.
- ✓ « Le déclic » caractérisé par l'identification des attentes des monitrices.
- ✓ *« La simulation du rôle »* qui conduit à l'aliénation de soi, la volonté de se conformer aux attentes en mettant de côté sa propre personnalité.
- ✓ *« L'intériorisation d'une ambivalence »* entre le moi profane et le moi professionnel, résigné à être professionnellement ou à faire des choses avec lesquelles on n'est pas en accord.
- ✓ *« L'incorporation du rôle »* par le refoulement du moi profane et l'acquisition de réflexes professionnels.

Les 3 dernières étapes nous paraissent aujourd'hui difficilement compatibles avec les générations entrantes. Les valeurs sociétales d'avant 1968 et celles d'aujourd'hui ont trop évoluées au bénéfice de l'individu sujet et acteur « de tout et partout » pour qu'on lui demande de renier ses propres valeurs au profit de valeurs collectives. Dès lors, que reste-il de ce processus d'intériorisation des normes et des rôles ? y a-t-il encore un caractère symbolique, initiatique et solennel durant la formation initiale depuis la disparition des mises en situations professionnelles et des épreuves certificatives ?

Claude Dubar (1991), écrit qu'une profession repose sur la pratique d'une technique définie, grâce à la mise en place d'une formation spécifique fondée sur « un corps systématique de théorie » permettant l'acquisition d'une culture professionnelle. L'universitarisation de la formation séparent des savoirs académiques dits « contributifs » à l'exercice de la fonction et des savoirs dits « cœur de métier ». De quelles théories sont-ils porteurs ? forment-ils un ensemble cohérent ? ou bien l'ensemble de ses contenus est-il composite et n'a de sens que dans une logique de compétences au détriment d'une culture professionnelle ? Les compétences obéissant à une logique d'action alors que l'identité et la culture ne s'inscrivent pas forcément dans cette finalité utilitaire.

Une formation professionnalisante ne devrait-elle pas aussi s'intéresser à la nature des interactions sociales entre l'apprenant et son environnement. La manière dont il se situe dans la relation à l'autre, patient ou professionnel, ce qu'il entend et voit dans le cadre des dynamiques d'équipes qu'il côtoie, mais aussi la manière dont cela

raisonne en lui, bouscule ses représentations et son idéal. Ceux sont autant de pistes à explorer, en dehors de la construction des 10 compétences infirmières. Car aucune d'entre elles n'abordent directement la construction de l'identité professionnelle. Elle est transversale mais ne fait pas toujours l'objet d'une véritable réflexion pédagogique collective. Les formateurs abordent bien les identités individuelles dans leur trajectoire singulière quand des difficultés d'apprentissage apparaissent mais le reste du temps ce processus évolue librement, de manière consciente ou inconsciente, laissant l'étudiant trouver seul les aménagements nécessaires. Et c'est en fin de formation, à l'occasion de l'élaboration du projet professionnel, qu'elle est questionnée, ce qui provoque chez certains étudiants les réactions suivantes : « A quoi cela sert-il ? », « nous l'avons déjà fait lors du concours (d'entrée) », « cela relève de notre vie privée », « de toute façon nous irons là où il y aura du travail » ou encore « mon projet c'est de travailler dans ce service ».

IV. ENTRETIENS EXPLORATOIRES

L'identité est un concept complexe en soi autour duquel gravite d'autres concepts et notions. Nous avons tenté d'en identifier un certain nombre et de les confronter au contexte professionnel actuel et particulier des infirmières.

De notre place de formateur, nous limitons notre étude au temps de la formation et nous posons la question du devenir de cette identité de l'entrée à la fin des 3 années de formation initiale.

Nous devons pour cela focaliser notre attention sur des manifestations visibles du phénomène identitaire à l'œuvre. C'est pourquoi nous complétons ce temps exploratoire par des entretiens. Ils ont été réalisés auprès d'étudiants issus d'Institut de Formation de Cadre de Santé et trouvent leur justification dans le fait qu'il s'agisse de professionnels ayant une certaine expérience et qui du fait de leur démarche de formation sont peut-être plus disposés à adopter une posture réflexive sur leur parcours. Aborder la question de l'identité avec des professionnels qui justement cherchent à accéder à un autre statut et donc à d'autres groupes d'appartenance nous ai apparu comme plus propice à la richesse des échanges.

Par ailleurs, leur exercice en tant qu'infirmier de bloc opératoire (IBOD) et d'infirmière anesthésiste (IADE) nous a semblé intéressant car il s'agit de sous-groupes souvent porteurs d'un fort sentiment d'appartenance.

A. Analyse de la conduite des entretiens

La conduite de ces deux entretiens diffère bien évidement au regard de l'état d'avancée du travail et donc du moment où ils ont été réalisés. Sachant que ces deux professionnels n'étaient physiquement présents que durant 3 et 4 semaines, avec des objectifs à remplir et d'autres préoccupations que celles de ce présent travail.

Ceci explique, que le premier entretien (annexe I) qui a eu lieu en novembre, se soit construit autour d'une discussion informelle dont l'objectif premier était la connaissance de l'Autre et des raisons de sa démarche de formation. C'est au fil de cette discussion ininterrompue que l'intérêt des propos de notre interlocuteur pour notre travail s'est révélé. Nous ne pouvions donc l'enregistrer et le retranscrire fidèlement, d'où sa restitution partielle sous forme de compte rendu.

Le second entretien, lui, fut préparé et enregistré à une période plus tardive. Les axes d'exploration étaient ceux des motivations initiales, du rapport au groupe et du sentiment d'appartenance. Sa forme était celle d'un entretien non directif autour du parcours professionnel.

B. Analyse de contenus

Le premier entretien prend spontanément la forme d'un parcours professionnel commenté. Présenté par l'infirmier comme atypique, dans ses débuts, nous avons cherché au-delà de la singularité du parcours tout ce qui pouvait alimenter le sentiment d'appartenance de cette personne et peut-être comprendre partiellement ces choix, ces orientations professionnelles et surtout ce qui les motive.

Ainsi, à travers le discours de Frédéric, nous constatons que l'obtention du diplôme d'Etat lui a permis de concilier obligation de travail et développement personnel. On peut aisément déduire, que l'activité professionnelle au sein d'un club de vacances n'est pas a priori le lieu d'un développement important de compétences

professionnelles. Mais que l'environnement de travail, ses règles, régissant le comportement et les attitudes de chaque membre du personnel, la notion d'équipe réunie, tant au niveau d'objectifs de satisfaction du client, que symboliquement sur la scène d'un spectacle de divertissement, crée des conditions favorables à l'établissement de relations de proximité et de liens entre ces membres. Il convient d'ajouter que l'isolement lié à la distance géographique des lieux de villégiature, l'hébergement sur le lieu de travail et la disponibilité exigée au personnel créent une certaine autarcie propice au sentiment d'appartenance, d'autant plus qu'il s'agissait d'une démarche volontaire et donc acceptée et non subit.

Nous percevons dans cet exemple, l'importance de la culture d'entreprise sur l'identité au travail telle que Sansaulieu (1997) l'a décrite. Plus particulièrement, le *« mode de fusion »* où le travailleur recherche l'intégration au sein d'un groupe, vécu comme protecteur et au sein duquel les membres sont liés par des relations affectives assez fortes. Nous sommes alors proches du modèle de *« l'illusion groupale »* (Anzieu) où le groupe de base et le groupe de travail sont confondus.

La suite du parcours professionnel s'étaye sur la dimension technique du métier que l'on retrouve aux urgences et aux blocs opératoires. A noté qu'il s'agit aussi d'équipes restreintes, dans un environnement codifié et dont l'activité nécessite une disponibilité et une vigilance importante.

Notons que la dimension technique du travail de l'infirmière associée au caractère aigu des situations cliniques est source d'une valorisation identitaire en lien avec le monde profane et sacré. *« Plus on est dans le geste médical « pur », plus on est dans le sacré ; plus on est dans le jeu à la vie à la mort, plus on est dans le sacré. »* (Dubet, 2002). L'utilisation de la technique a quelque chose de fascinant, voire de magique pour le profane, l'hospitalisation d'un proche en service de réanimation montre combien l'entourage est l'impressionné.

Les notions de « binôme », de « doublure », de « validation de capacités », de « séniors », « d'autorisation », « d'exclusivité de compétences » dans le discours de Frédéric mettent en exergue la place accordée à la maîtrise du geste (et des savoirs) dont on comprend l'importance dès lors que le « risque vital est en jeu ». Le temps nécessaire à cette acquisition, les différentes validations par les pairs, la confrontation à des situations prévalentes que tout novice doit identifier et apprendre à gérer, confère à ce type de services un parcours initiatique qui conditionne

l'appartenance au groupe. Il faut donc faire ses preuves au contact de ses pairs et obtenir ainsi leur reconnaissance. On se rapproche du compagnonnage avec la notion de maîtrise de compétences techniques contrôlée par les pairs qui autorise ensuite les novices à entrer dans le groupe des experts.

Le corollaire de cette dimension technique sont les savoirs associés, d'expérience d'une part, et ceux reconnus par une formation et un diplôme spécifique tel que celui d'IBOD. Ce pouvoir lié au savoir-faire et aux savoirs, détermine *« une exclusivité de compétences »* associée à des responsabilités différentes qui semble influencer les rapports qui s'établissent au sein de l'équipe du bloc opératoire et plus largement entre « le bloc » et les autres professionnels de l'établissement. C'est ainsi qu'on retrouve dans les propos de Frédéric, des appellations imagées, *« ouvre-boites »* et *« gaziers »*, définissant des fonctions et des qualifications différentes au sein de « l'équipe du bloc ». Au niveau de l'établissement, le statut de ces personnels ne les soumet pas aux mêmes *« obligations »*, ce qui contribue à les différencier, et renforce le sentiment d'une identité à part.

Enfin, Frédéric éprouve « par ricochet », un sentiment très positif à l'égard de l'image avant-gardiste et novatrice liée à l'activité de l'établissement et plus concrètement à sa proximité *« aux professeurs ».* On perçoit ici la distinction très nette entre le *« groupe d'appartenance »*, le fait d'être IBOD et non IADE et le *« groupe de référence* » incarné par les chirurgiens et considéré comme *« un groupe modèle dont on aspire à prendre les normes, les valeurs, les opinions et les modèles de conduite » (*Mucchielli, 2015).

Au fil de cet exemple de parcours, la notion d'appartenance au corps infirmier semble se résumer à une vague et lointaine filiation initiale, réaffirmer sans réel argument sous l'expression *« nous sommes tous infirmiers ».* Quelle réalité se cache derrière cette formule indifférenciée ? Est-ce une façon de dire, notre *« groupe d'appartenance »* est celui d'être infirmier mais que cela ne suffit pas et qu'il nous faut trouver une appartenance plus forte en s'approchant de groupes ayant une plus grande attractivité identitaire ? *« Au bout du compte, les infirmières ne se sentent réellement appartenir qu'à leur service, parfois même qu'à leur équipe, tant le monde plus large qui commande pourtant leurs conditions de travail semble étranger à leur propre action. »* (Dubet, 2002)

Le second entretien nécessite une analyse plus fine et bénéficie d'une grille de dépouillement construite à partir du cadre conceptuel et de l'analyse de l'entretien précédent.

Thèmes et sous-thèmes	**Extraits de l'entretien, mots clés**
THEME 1 : les motivations et les identifications	
Sous thème 1.1 : Motivations initiales dans le choix de l'orientation professionnelle	*« vers 8-9 ans », « bibliothèque rose », « je veux être infirmière » « j'adorai les bébés », « sage-femme », « toujours eu ce projet », « voulait absolument entrer », « je ne sais pas lequel j'aurai pris », « puéricultrice » « je ne voyais pas l'enfant malade » « dans sa globalité »*
Sous thème 1.2 : évolution des motivations	*« et là stop, ça a été le cauchemar »*
Sous thème 1.3 : identification à un groupe de référence	*- « 2 infirmiers anesthésistes », « ils adoraient ce métier », « voyant ce qu'ils faisaient, je me suis dit c'est ça que je veux faire »* *- « Chef de service, c'était le mandarin », « Dieu tout puissant », « on en avait peur », « on écrivait ce qui se disait », « faire exactement ce qu'il voulait » « ses arguments avaient un bon fondement », « travaillait très bien » « extraordinaire » « parcours de vie pas facile », « intérêt à rester dans le cadre »* *- « que des médecins anesthésistes », « relation infirmier anesthésiste-médecin anesthésiste très différente » « amis-copains », « il y a une confiance et c'est pour ça qu'on a été formé » « considérée par le médecin anesthésiste » « et même avec le*

	chirurgien »
Sous thème 1.4 : identification à un groupe d'appartenance	- « c'était le test » *- « promo de 16 ou 17 », « on est sorti à 12 », « l'anesthésie c'est quelque chose que l'on découvre, qu'on ne connait pas en tant qu'infirmière » « c'est un monde complètement différent » « que des médecins anesthésistes » « recommandation de l'AFAR » « syndicat iade extrêmement performant ; on obtient beaucoup de choses», « représentation de la profession qui est beaucoup plus importante » « tu restes iade » « iade, y a une corporation, c'est plus fort » « extrêmement soudées » « fierté d'être iade »*
Sous thème 1.5 : lutte entre groupes d'appartenance	- « les infirmiers de bloc techniquement, ils ne font rien », « les ibod changent tous les deux ans de spécialités » *- « il y a un monde », « il y a un champ » « compétition entre les deux »* *- « la fonction de cadre au départ je ne voulais pas en entendre parler »* *-« l'iade, on est très mal vu par les autres infirmiers » « notre façon de se comporter » « j'ai des collègues qui dénigrent complètement les infirmiers »*
THEME 2 : le rapport au groupe infirmier	
	« la base d'infirmières » « j'ai l'impression qu'il y a un corps infirmier » « c'est un statut qui fait qu'on appartient à un groupe » « il y a le groupe global tous les infirmiers et le groupe l'équipe » « un but commun » « les infirmières se sont battues passé un temps »
THEME 3 : le rapport à la dimension technique de la profession	

	« l'aspect soin m'a énormément plus » , « stages très intéressant où j'ai beaucoup, beaucoup fait de soins », j'ai eu de la chance /…/ ils nous apprenaient tout », « j'avais au moi déjà le geste », « j'avais vraiment fait tous les gestes », « quand je suis sorti, je savais travailler » *« moi qui était vraiment dans le soin, les gestes techniques, j'adorais poser des perfusions »*
THEME 4 : le rapport à la dimension humaine de la profession	
	« le savoir être et tout ça s'apprend plus je pense après (l'IFSI) », « beaucoup d'accroches relationnelles »
THEME 5 : Le rapport au savoir	
Sous-thème 2.1 : le parcours scolaire	*« bac F8 », « équivalent au bac », « pas un niveau assez élevé », «j'ai pas eu celle de sage-femme »*
Sous-thème 2.3 : la formation initiale	*« leur savoir, ils ne savent jamais rien, il faut toujours tout leur expliquer »*
Sous-thème 2.3 : la spécialisation	*« complètement différent, beaucoup plus dense, beaucoup plus dur »,* *« le concours est sélectif »*
Sous-thème 2.4 : rapport au médecin	*- « ses arguments avaient un bon fondement » « intérêt à rester dans le cadre » « Chef de service, c'était le mandarin », « on en avait peur », « on écrivait ce qui se disait », « faire exactement ce qu'il voulait », « il nous a formé à sa façon de travailler »,* *- « quasiment tous les médecins anesthésistes de l'hôpital sont venus », « par les chefs de service »*

THEME 6 : influence de la trajectoire personnelle sur la professionnelle	
Sous-thème 3.1 : social et familial	*« ils (parents) m'ont toujours soutenus », « mère ne travaillait pas, mon père était ouvrier », « avec leurs moyens », « boursière »* *- « faisait partie de la grande bourgeoisie de Confolens »*
Sous-thème 3.2 : rapport à l'équipe	*« petit établissement », « 2 infirmières », « on s'entendait très bien », « rapproché /…/ entraidé », « j'y étais très bien »*
THEME 7 : le rapport à la réalité quotidienne	
	« après 15 ans d'iade, une fatigue émotionnelle et de souffrance » « difficulté plus importante de pouvoir assimiler les horreurs » « transposition sur moi de situations vécues », « pas de prise en charge » « on parle entre nous » « difficulté physique des gardes, à courir » - « envie de voir autre chose », « pour essayer de ne pas m'ennuyer » « je suis quelqu'un qui bouge beaucoup »

Ce second récit de vie professionnelle illustre combien *« la construction identitaire, loin d'être un fleuve tranquille, est un processus marqué par des ruptures et des crises, inachevé et toujours repris »* (Lipansky cité par Véronique Haberey-Knuessi, 2013) ; Christine n'avait pas le niveau pour être orientée vers un bac scientifique, n'a pas eu le concours de sage-femme, n'a pas été prise au CHU. Son parcours professionnel a également été influencé par sa vie personnelle qui l'a amené à changer de lieux d'activité en quittant Limoges après ses études pour suivre son ami, puis choisissant de devenir cadre de santé après plusieurs années d'allers-retours Tulles-limoges pour retrouver sa fille qui lui reprochait de *« faire des gardes de 24-48h »*.

Les motivations initiales idéalisées au départ, sont centrées sur des métiers dits *« féminins »* en lien avec le secteur de la petite enfance *(« sage-femme », « puéricultrice »)*. Marchal (2015) y voit même une forme de « socialisation de l'amour maternel ». Pour la sociologue, Catherine Marry, le sexe des métiers est lié aux qualités présupposées biologiques ou naturelles que l'on attend selon le genre. Le genre « *associe les attributs psychologiques, les activités, et les rôles et statuts sociaux culturellement assignés à chacune des catégories de sexe et constituant un système de croyances, dont le principe d'une détermination biologique est le pivot"* » (Hurtig, Kail et Rouch, cité par Rouyer et al., 2014).

Bien qu'ayant été soutenu dans son projet par ses parents, Christine semble sous-évaluer ses réelles capacités, ce qui la pousse à ne pas poursuivre ses études secondaires vers un bac général et se présenter au Diplôme d'Accès aux Etudes Universitaires l'année de son baccalauréat. René Magnon (2001), à propos de l'identité infirmière, évoque qu'« *il y a chez bon nombre d'infirmières un sentiment d'infériorité encore marqué ».* La part de l'histoire infirmière et celle de la biographie est difficile à dissocier. Au-delà de l'origine, cela explique peut-être cette acceptation, voir soumission naturelle vis-à-vis du médecin, renforcée ici par le charisme du *« mandarin de Confolens ».*

Le rapport à la dimension technique est également très présent dans le discours au moment de la formation initiale puis dans le choix de la spécialisation d'iade. Nous l'avons déjà évoqué lors du premier entretien, mais le discours de Christine nous montre combien la formation spécifique d'iade, qui permet la maîtrise des techniques de l'anesthésie et les savoirs associés, conditionne de nouveaux

rapports aux médecins et aux autres catégories infirmières. Christine décrit un réel changement entre la relation de subordination au chirurgien avec qui elle a travaillé en début de carrière et la relation de confiance, quasi affective qui l'a lie aux médecins anesthésistes et aux chirurgiens depuis sa spécialisation.

De plus, le savoir des iade procure un réel pouvoir social renforcé par la sélection, le niveau des études et le nombre restreint de professionnels diplômés. L'expertise et la rareté créent ainsi un groupe minoritaire dominant, défendu par des associations et syndicats influents. *« Toute une partie des infirmières se perçoivent comme de quasi médecins /…/. Les infirmières anesthésistes et celles des blocs opératoires cherchent une reconnaissance de ce côté-là. /…/ Le corporatisme des « techniciennes » brise l'unité déjà fragile de la profession. »* (Dubet, 2002).

L'identité des iade se démarque nettement dans le discours du groupe d'origine. Les propos rapportés à l'égard des infirmiers de *« la base »* sont plutôt dévalorisants. L'appartenance se réduit à *« une attribution »* et un statut qui s'efface derrière la notion d'équipe. Il semble que l'activité infirmière au sein de son lieu d'exercice prime sur le *« groupe global »* au point de s'en approprier l'essence même, c'est-à-dire la centration sur « *le patient »* et « *la qualité des soins »*.

Enfin, Christine à travers « le choix » de sa nouvelle orientation professionnelle nous rappelle que soigner, au même titre qu'éduquer et gouverner fait partie des *« métiers impossibles »* (Fain, Cifali, Enriquez, Cournut, 1987). *« Pour tous, le problème est d'oublier un travail qui a tendance à dévorer la personnalité. L'aliénation au travail /…/ comme un excès d'investissement de soi qui finirait par envahir complètement la personnalité »* (Haberey-Knuessi, 2013). Christine parle en effet d'un rythme de travail effréné, stimulé par l'idée de qualité et de performance des soins. *« Le plus souvent les soignants arrivent par le collectif à retrouver un sens au soin /…/ Toutefois, ces moments tendent à disparaitre avec la surcharge de travail, alors que c'est justement dans cette situation qu'ils seraient le plus nécessaires »* (Haberey-Knuessi, 2013). La mobilité professionnelle est alors un recours possible *« pour voir autre chose ».*

Nous pouvons donc retenir de ces deux entretiens, que plusieurs facteurs semblent intervenir dans le sentiment d'appartenance éprouvé durant l'exercice professionnel :

- ✓ Les motivations
- ✓ La notion d'équipe restreinte,
- ✓ La nature de l'activité, telles que l'hyper technicité,
- ✓ Le rapport au savoir,
- ✓ La relation au médecin,
- ✓ La pression exercée par l'environnement de travail,

V. PROBLEMATIQUE

Ce qui nous intéresse à présent, c'est de réinterroger la formation initiale, à la lumière des forces qui s'exercent sur la profession et les professionnels. S'agissant d'une formation par alternance, elle est donc partiellement en prise avec les enjeux que vivent les *« professionnels de proximité, les tuteurs et les maitres de stage »*.
« Même si le processus d'identification à la communauté professionnelle y trouve une large part, la période de formation théorique en école va aussi contribuer largement à son élaboration, en particulier lorsqu'il est question du rôle professionnel, du positionnement et du statut du soignant. Le temps de la formation constitue par conséquent un terreau particulièrement fertile qui va façonner l'identité professionnelle de l'étudiant » (Haberey-Knuessi, 2013).

Comment se construit aujourd'hui cette identité professionnelle durant la formation initiale ? Repose-t-elle exclusivement sur les motivations de départ ou se transforme-t-elle en s'enrichissant de traits identitaires relevant du collectif ?

VI. HYPOTHESES

H1 : En l'absence d'une identité culturelle lisible, l'identité professionnelle des infirmiers débutants repose essentiellement sur leurs motivations initiales.

H2 : Le sentiment d'appartenance se construit localement autour de l'activité en stage, donc du « faire des soins ».

VII. CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE

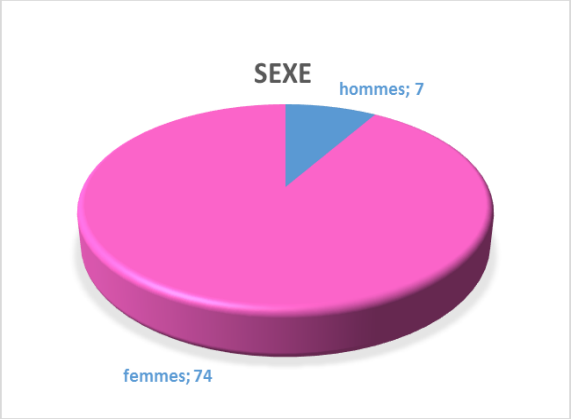
La nature de l'objet de recherche et nos centres d'intérêt nous orientent vers une méthode clinique. En effet, l'identité relève avant tout du sujet, de son histoire de vie et du discours qu'il élabore autour. Cependant, il nous parait souhaitable de débuter par une approche « qualitative » car le groupe des étudiants est hétérogène et les hypothèses constituent plus des objectifs de recherche au stade où nous en sommes que de véritables affirmations à mettre à l'épreuve.

A. Dispositif de la pré-enquête

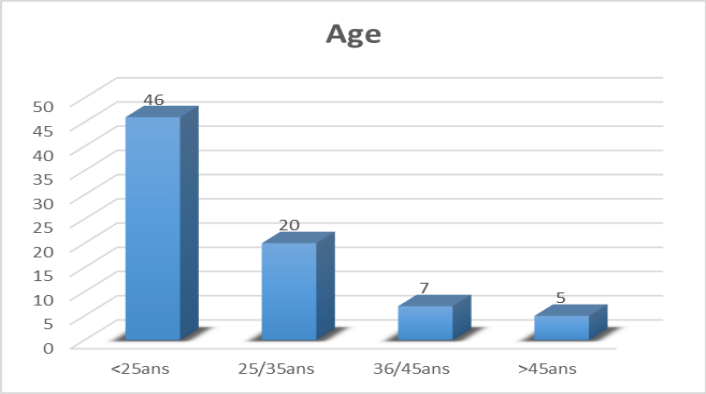
Population **:** étudiants en soins infirmiers en France
Période d'enquête : 25 au 28 mai 2016
Echantillon : étudiants en fin de 3ème année
Outil : utilisation d'un questionnaire semi-directif avec des questions ouvertes et fermées (Annexe III)
Mode de passation : indirect bien que la présentation et la distribution ai été réalisé par l'auteur du questionnaire.
Résultats : 81 questionnaires exploités /129 questionnaires distribués, soit un taux de retour de 62,7%

B. Analyse du questionnaire

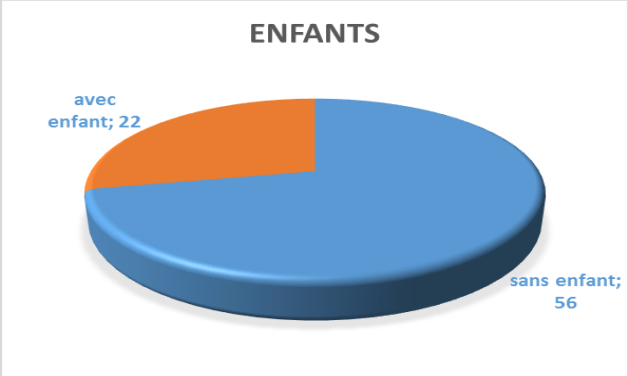
Profil des répondants Q1 à 4:



Q1 : Le sexe ratio est cohérent avec les proportions nationales

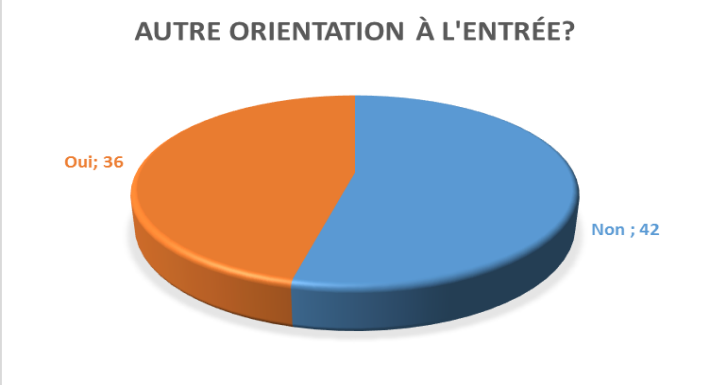


Q2 : Légère sur représentation des étudiantes les plus âgées



Q.3 : Caractéristique pouvant impacter les motivations en lien avec la fonction maternelle

Q.4 : une majorité d'étudiants exercent une activité lucrative pour le financement de leurs études ou sont dans le cadre d'une reconversion professionnelle



Q.5 (Annexe V): la quasi-totalité des étudiants ayant répondus oui se destinaient à un métier en lien avec le milieu médical, paramédical ou ayant un lien avec l'accompagnement ou les

Q.6[15] et Q9: questions portant sur les raisons de l'entrée en formation et sur l'évolution du regard sur la profession en fin de formation.

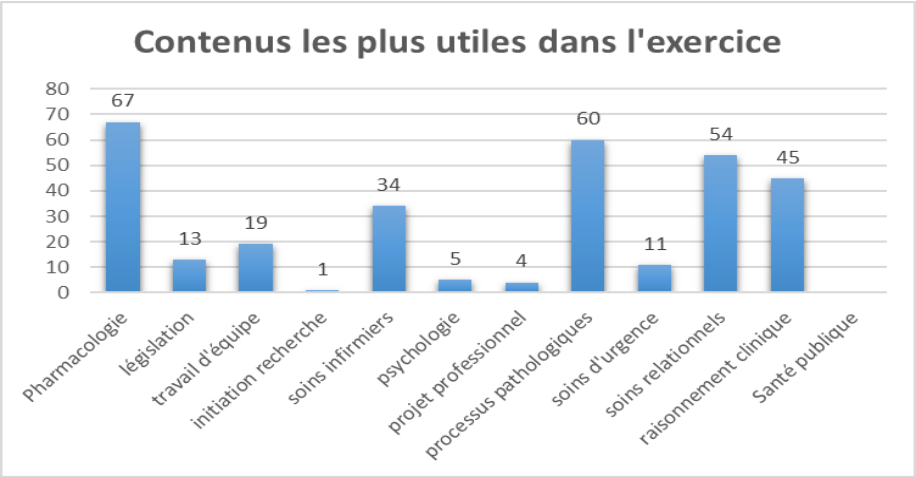
Les réponses peuvent être catégorisées en fonction du type de motivation, ainsi celles en lien avec la motivation intrinsèque relèvent de la vocation, de la dynamique familiale, de valeurs personnelles, d'une identification à des professionnels de santé, de l'envie d'apprendre ou de travailler auprès d'un public d'enfants. L'évolution en fin de formation ne fait pas apparaitre de catégorie nouvelle mais précise les premières.

Les réponses en lien avec les motivations extrinsèques relèvent de la promotion professionnelle, de l'aspect technique et relationnel ou d'une idée de spécialisation. L'évolution en fin de formation précise et nuance les choix initiaux et fait apparaitre 3 catégories supplémentaires centrées sur l'activité : les conditions de travail, les compétences requises et les lieux d'exercice.

A noter qu'il existe une catégorie de motivation qualifiée d'imprécise et relevant presque d'un non choix en mettant en avant la diversité des lieux d'exercice et la mobilité.

La question 11 est redondante avec les réponses apportées à la question 9 et n'est donc pas traitée.

Q.7 :

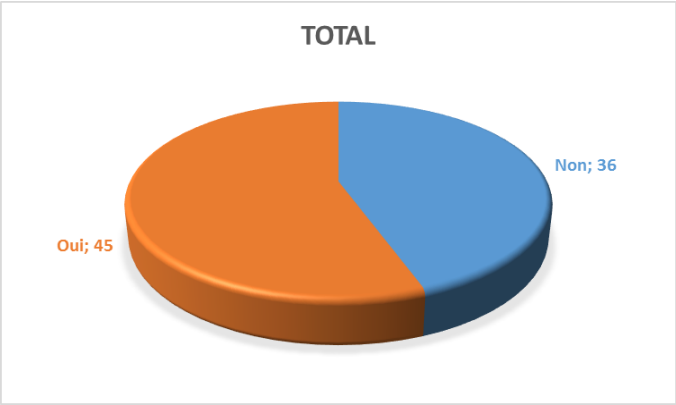


Les savoirs issus des sciences biologiques et médicales sont cités majoritairement, les savoirs être mis en œuvre dans la relation de soins et le raisonnement clinique centré sur la personne soignée arrivent juste après. Les savoirs faire n'arrivent qu'en 5ème intention, cependant la formulation des items étant proches des intitulés d'Unités

[15] Annexe VI

d'Enseignement a pu amener les étudiants a ne considérer que les pratiques simulées sous l'item soins infirmiers.

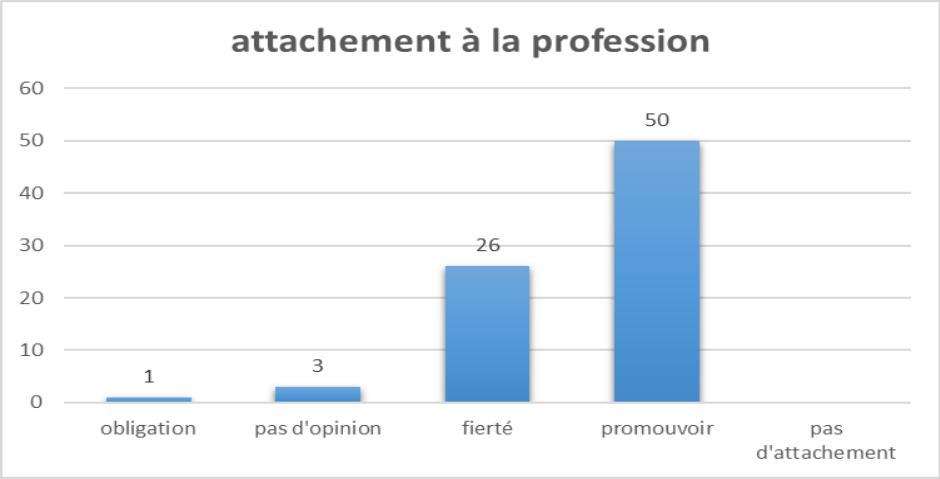
A noter que tout ce qui se rapproche de l'identité ou de la dimension préventive semble secondaire à la pratique.



Q.8 : un étudiant sur 2 a déjà participé à des actions bénévoles en lien avec l'institut de formation. Cependant cette question présente un biais de type réaction de prestance

Q.10 :

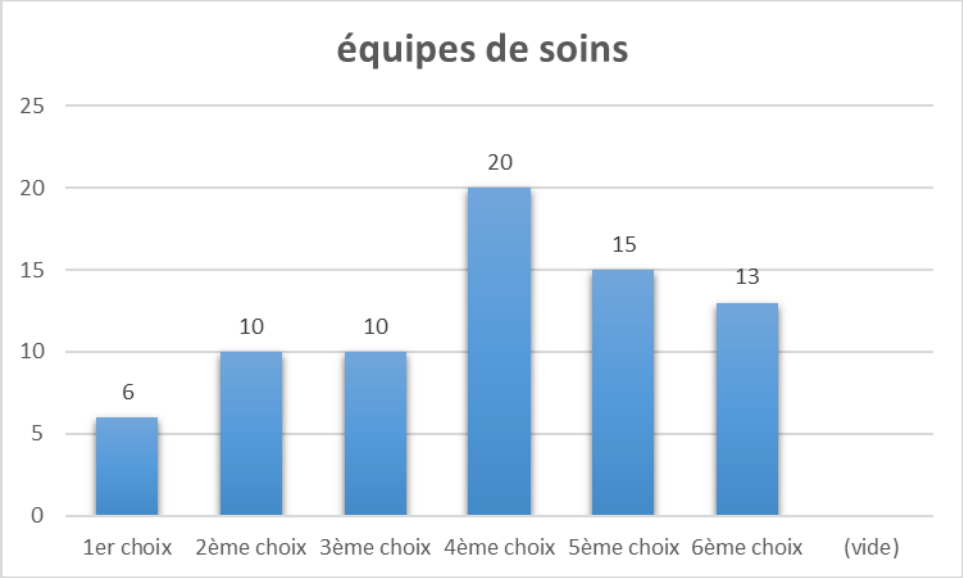
Une écrasante majorité de réponses confirme un attachement à la profession mais la formulation de la question présente là encore un biais de prestance ou de conformité sociale. Il faudrait préciser ce qu'on entend pas attachement à la profession de manière plus concrète.

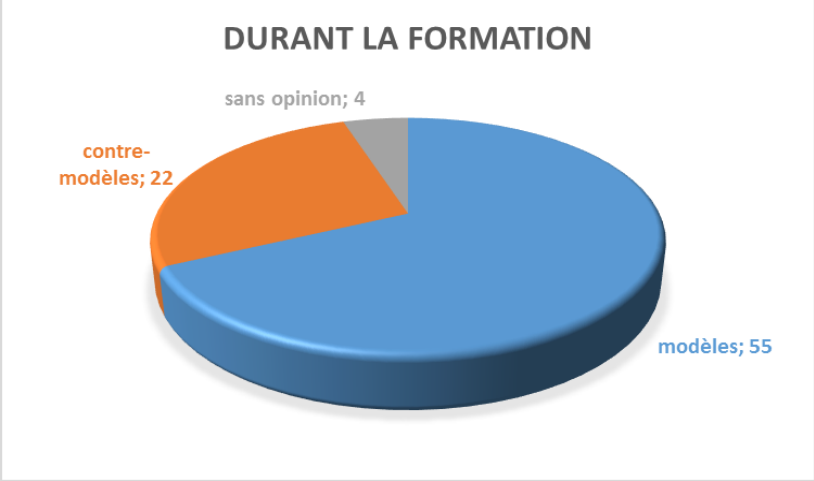


Q.12 [16]**:** l'étude des extrêmes montrent que le groupe d'appartenance le plus fort est celui du groupe d'amis au sein de l'IFSI, il s'agit d'un groupe de pairs choisis, où l'affectivité est présente et des phénomènes identificatoires probablement à l'œuvre.

[16] Annexe VII

Le groupe auquel l'étudiant s'identifie le moins est celui de l'institution, dont les valeurs affichées dans l'établissement ne suffisent pas à fédérer. A noter, que les professionnels arrivent en moyenne à la 4ème ou 5ème place parmi l'ensemble des items. Cela surprend et remets en cause une évidence, les professionnels en exercice représentent la finalité de la formation et en même temps ne semblent pas être au cœur de la construction identitaire. Plusieurs explications sont possibles : les équipes de soins à flux tendu, ont peu de temps à consacrer à la formation, sont plus centrées sur l'acquisition du geste et de la gestion des prises en charge, les tuteurs de stage sont de plus en plus jeunes, avec peu d'expérience et un regard sur l'activité et la profession parfois moins distancié. Par opposition, nous en déduisons que l'IFSI, doit se saisir de cette problématique et y accorder une place plus importante sans quoi la construction identitaire sera laissée à l'entière charge de l'étudiant.

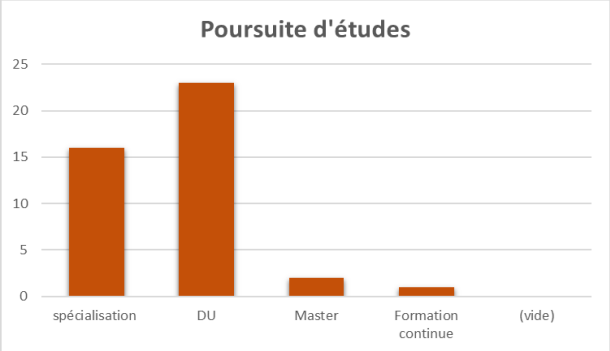




Q.13 Question qui mérite d'être explorée lors d'un focus groupe par exemple

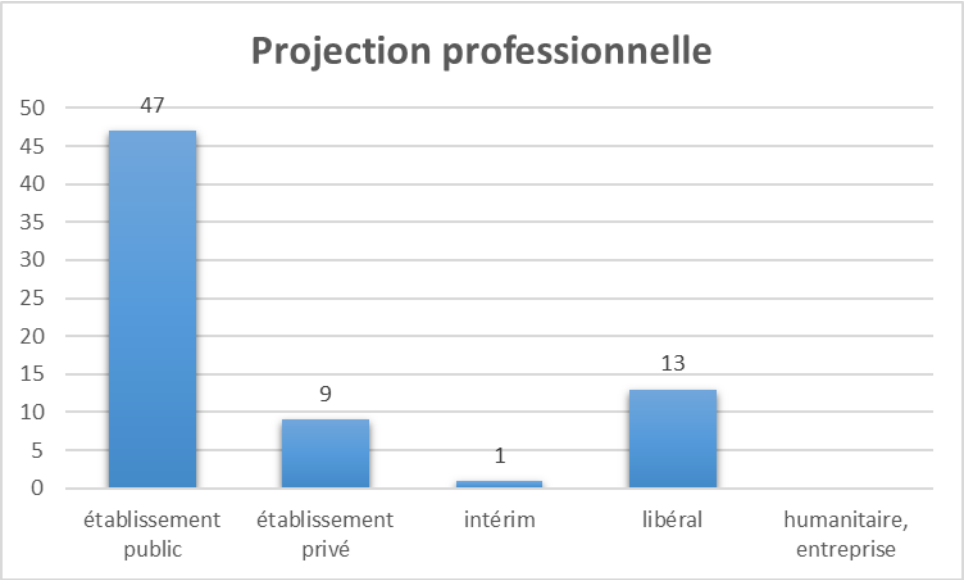
Q.14 [17]**:** l'engagement peut s'exprimer à travers les expressions de *« passion pour métier »* et *« passion du soin »* mais la frontière est étroite avec la motivation vocationnelle. D'ailleurs, si on rapproche à cela, les réponses qui disent que les valeurs personnelles ou professionnelles constituent le lien majoritaire entre les infirmiers alors on peut même plutôt l'interpréter comme des qualités intrinsèques à l'individu qui entretiennent une confusion entre qualités personnelles et qualités professionnelles. On retrouve là une illustration de la confusion de la fonction et du rôle. Ce qui unit l'infirmier relève plus d'arguments d'ordre humaniste : valeurs, relation à l'autre et peu d'ordre scientifique.
Le *« rôle propre »* (2 réponses / 81 questionnaires) ne semble plus être perçu par les étudiants comme une revendication et une reconnaissance identitaire, ni *« le langage commun »* (1 réponse / 81 questionnaires) que l'on peut rapprocher des diagnostics infirmiers.

Q.16 : 1 étudiant sur 2 souhaite compléter sa formation initiale. Ce constat est à rapprocher du choix du premier poste après l'obtention du diplôme qui est souvent envisagé comme une façon de prolonger sa formation et son expérience (intérim, pool de remplacement, urgences)



Q.17 : la sécurité de la fonction publique hospitalière semble attractive chez les futurs diplômés, même si l'exercice libéral est de plus en plus plébiscité avec l'idée d'une relative autonomie par rapport aux institutions et de partager un cabinet avec des personnes pour lesquelles on éprouve une affinité.

[17] Annexe VIII



C. Discussion des résultats et perspectives

L'hypothèse n°1 : elle semble se confirmer par la tendance des résultats. Les motivations à l'entrée en formation, issues de l'identité personnelle et de ses projections sur la profession, varient peu après 3 ans de formation. Cependant la raison évoquée dans l'hypothèse n'a pas été suffisamment explorée par l'outil d'enquête pour se prononcer sur les éléments issus de la culture identitaire qui ont été incorporés par les étudiants.

L'hypothèse n°2 : il est surprenant de constater que le stage ne fasse pas partie des premiers groupes d'appartenance en fin de formation. Est-ce que leur rôle modélisant a diminué du fait des écarts de plus en plus importants entre l'idéal de l'infirmière et les contraintes de sa pratique. Nous ne pouvons toutefois rien conclure hâtivement et il faudrait vérifier ce résultat pour confirmer l'interprétation.

La notion d'engagement n'a pas été questionnée de manière pertinente et les résultats ne permettent pas de l'attribuer à la personnalité de l'étudiant ou à l'émergence d'un sentiment d'appartenance à l'institution.

D. Limites de la pré-enquête

On dénombre 326 IFSI en 2008, dont 322 en France métropolitaine, majoritairement publics (86%), 33 dépendent seulement de la Croix-Rouge Française[18] soit environ 10% de l'ensemble de la population étudiée. La méthode d'échantillonnage est donc à reconsidérer. L'échantillon porte sur un établissement de formation privé or au sein d'ifsi publics rattachés à un établissement hospitalier, peut être que le sentiment d'appartenance est différent du fait des parcours de stage et du statut des formateurs.

De plus, la réponse aux questionnaires est biaisée par la connaissance du formateur, les fonctions qu'il occupe au sein de l'établissement, ainsi que le degré d'affinité que l'on peut avoir pour sa personne.

Lors du dépouillement du questionnaire, il nous apparait que la construction des questions suivantes serait à retravailler :

Q3 : La caractéristique nombre d'enfants serait à corréler avec les Q.6, 11 et 13

Q.8 : Les 5 premiers items considérés comme les plus utiles en première et 2ème intention, sont sans surprise : les savoirs en lien avec les connaissances médicales, pharmacologie et processus pathologiques puis arrive la dimension relationnelle, et le raisonnement clinique et enfin l'aspect pratique avec les soins infirmiers. Tout ce qui se rapproche de l'identité est secondairement choisi avec les notions de travail d'équipe, de projet professionnel, la recherche étant absente des items choisis.

Q12 : La formulation de cette question interroge une période trop longue, et amène à des réponses dont seuls les extrêmes peuvent être significatifs. La question pourrait se décliner en 2 questions simples : *« Durant votre formation à quel groupe avez-vous eu le plus le sentiment d'appartenir » « et celui auquel vous avez le moins ressenti ce sentiment »*

Le recensement des groupes est à compléter par le groupe TIRSI (Travail d'initiation à la recherche) qui vit pendant 1 an.

Q13 : Une position n'a pas été envisagée et il conviendrait d'ajouter un item *« autant de modèles que de contre-modèles ».* La notion de modèle mériterait d'être explorée ainsi que la fonction de ces modèles (infirmiers, collaborateurs, formateurs, …) ;

[18] Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n° 2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en oeuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD).

L'intensité du sentiment d'appartenance n'a pas été mesurée et reste binaire telle que la question est formulée.

Q17 : la consigne est à reformuler car plusieurs items sont parfois choisis dans une idée de parcours professionnel à court et moyen terme : *« classer vos réponses par ordre chronologique, 1 étant le premier lieu d'exercice souhaité »*. Cela est d'autant plus vrai que l'item *« exercice libéral »* n'est possible qu'après un minimum de 18 mois d'exercice en structure. Suppression des réponses du total des questionnaires quand plusieurs lieux ont été choisi, à l'exception de l'exercice libéral. L'item « Autres » est à supprimer.

Conclusion

« S'interroger sur l'identité professionnelle comme construction participant à la qualité de vie au travail, c'est sans aucun doute mettre le devenir de l'individu au cœur des conséquences de l'hyper compétitivité. Ce, parce que la pression sur l'individu devient de plus en plus forte dans les organisations, mais surtout parce que les générations arrivant sur le marché du travail ne sont pas prêtes à sacrifier leur « Moi » sur l'autel de cette hyper compétitivité. Du moins pas sans raison ni accompagnement." (Fray, Picouleau, 2010)

Concevoir la formation initiale d'un praticien, comme la transmission ou au mieux la construction de savoirs formels par l'apprenant, l'acquisition compétences et le respect des bonnes pratiques est en rien suffisant pour garantir son implication et son engagement. C'est oublier la part sociale à l'œuvre dans toute activité professionnelle, c'est-à-dire le rapport de l'individu au groupe social et celle de son identité intimement liée à son groupe d'appartenance vis-à-vis d'un groupe de référence.

La question ancienne de la reconnaissance identitaire pour les infirmières, reste actuelle mais peut être nouvelle dans les termes de sa formulation au sein du contexte contemporain. Les raisons qui expliquent que les infirmières ne forment pas un corps professionnel sont multiples en lien avec leur histoire et leur filiation, leur rapport au savoir, leur statut et rapport aux autres professions, leurs valeurs et certainement aussi la capacité des instituts de formation à jouer le rôle *« d'appareil*

de conversion ». En effet, *« de façon générale, nous sommes passés des identités traditionnelles, données, construites dans le temps de la formation et dans le programme institutionnel, à des identités acquises, plus fluides, construites tout au long de la vie et dans la multiplicité de rôles, de ruptures et d'expériences »*[19]

Les formateurs en IFSI doivent donc faire face à des motivations de plus en plus personnelles allant de la vocation à la reconversion professionnelle. Contribuer à la construction d'une identité professionnelle et à l'émergence d'un sentiment d'appartenance est une voie commune possible pour étayer et fédérer toutes ces identités. Donner un sens commun à son activité professionnelle, c'est soutenir une démarche d'engagement qui pour certains auteurs peut même être le reflet du bien-être au travail, caractérisé par la cohérence entre la pratique et les objectifs fixés par le sujet (Haberey-Knuessi, 2013)

Ce dossier exploratoire semble confirmer le recul du processus d'identification aux professionnels au profit d'une démarche d'engagement motivée par des raisons personnels. Mais cette affirmation lourde de conséquences reste à confirmer par une démarche plus rigoureuse et systématique.

[19] Dubet, 2002,

BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE

Bibliographie

Ardouin, T. (2016). Formation des adultes et logique compétence(s). *Métiers de la formation des adultes*. Master 1 sciences de l'éducation. Université de Rouen p13.

Bourgeon, D. (2009). Identités professionnelles et mythes fondateurs. *Identités professionnelles, alternance et universitarisation.* Collection : fonction cadre de santé. Editions Lamarre.

Capolie, J-M. (1973). Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels. *Revue française de sociologie*, vol. 14, n°1.

Charles.G. (1984). *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Ed Le Centurion

Collière, M-F. (2000). Identité infirmière...un mythe…rêve ou réalité ? *Soins n°645, mai 2000*. Paris : Masson.

Collière, M-F. (1998). *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Masson.

De Gaulejac, V. (2002). Identité. *Vocabulaire de psychologie, références et positions*. Paris : Erès.

Durkheim, E. (1968). *Les règles de la méthode sociologique.* Paris : PUF.

Dubar, C. et Tripier P. (1998). *Sociologie des professions.* Paris : Armand Colin.

Dubar, C. (2015). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. 5ème édition. Paris : Armand Colin.

Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : éditions du Seuil.

Duboys Fresney, C. et Perrin, G. (2005). *Le métier d'infirmière en France*, *du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers.* Paris : PUF.

Goffman, E. (1975). Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Paris : les éditions de minuit.

Haberey-Knuessi, V. (2013). *Le sens de l'engagement infirmier : enjeu de formation et défi éthique.*Paris : Seli Arslan

Leboterf, G. (1999). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris : Edition d'organisation.

Magnan, R. (2001). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle.* Paris : Masson.

Marc, E. (2009). La construction identitaire de l'individu in *Identités : l'individu, le groupe, la société*. Auxerre : Sciences Humaines Editions.

Mucchielli, A. (2015). *L'identité*. 9ème édition mise à jour. Paris : PUF.

Oberlé, D. (2009). Vivre ensemble. Le groupe en psychologie sociale. *Identités : l'individu, le groupe, la société*. Auxerre : Sciences Humaines Editions.

Paradeise, C. (1985). Rhétorique professionnelle et expertise. *Sociologie du travail*, vol.27, n°1. Masson.

Rey, A. (2010). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert.

Tap, P., Roudès, R., Antunes, S. (2013). La dynamique personnelle et les identités professionnelles, en situation de changement. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale, n°99-100*. Presses universitaires de Liège.

Vilbrod, A. (2001). Les fondements de l'identité professionnelle. *Revue Informations sociales*, n°94.

Wenner, M. (1999). *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris : Seli Arslan

Sitographie

Actusoins, toute l'actualité infirmière (2011). Syndicalisme : les infirmières aux abonnés absents. Consulté le 16/01/16 sur http://www.actusoins.com/9034/syndicalisme-les-infirmieres-aux-abonnes-absents.html

Baudot, J. et Vimont C. (1968) Les infirmières des hôpitaux publics, évolution récente des effectifs, calcul des besoins. In Population, vol. 23, n°3. Paris : INED. Consulté e 06/04/16 sur http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1968_num_23_3_11606

Diebolt E., Fouché N. *Devenir infirmière en France. Une histoire atlantique ? (1854-1938)*. Paris : Publibook, 2011.Consulté le 01/06/16 sur https://books.google.fr/books?id=tnY9tanxaWsC&pg=PA111&lpg=PA111&dq=anna+hamilton&source=bl&ots=uaFEbpsTBj&sig=WoZ0J5XPjKPuW2fD2UJ9eZD1JUE&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjKpeGY8YbNAhWBFxQKHUXSAcM4ChDoAQg9MAY#v=onepage&q=anna%20hamilton&f=false

DREES (2016). Portrait des professionnels de santé. Série Etudes et recherche, n°134, février 2016. Consulté le 26/02/16 sur http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_gcs.pdf

DREES (2011). La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. Série Etudes et résultats, n°759, mai 2011. Consulté le 26/02/16 sur http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf

Fray, A-M. et Picouleau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management et avenir n°38, octobre.* Consulté le 10/06/16 sur https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm

Legifrance (2016). Décret n°2007-552 du 13 avril 2007 relatif à la composition, aux modalités d'élection et au fonctionnement des conseils de l'ordre des infirmiers et à la procédure disciplinaire applicable aux infirmiers et modifiant le code de la santé publique. Consulté le 26/02/16 sur https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/4/13/SANP0721555D/jo/texte

Marchal, M. (2015). Les institutions d'accueil de la petite enfance en France. Un espace social peu ouvert aux hommes et à l'égalité des sexes. *Mouvements, février n°82*. La découverte. Consulté le 13/01/16 sur https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=MOUV_082_0097

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2015). La démographie des professionnels de santé. Consulté le 05/01/16 sur http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/article/la-demographie-des-professionnels-de-sante

Rouyer, V., Mieyaa, Y., le Blanc, A. (2014). Socialisation de genre et construction des identités sexuées. Contexte sociétal et scientifique, acquis de la recherche et implications pratiques, *Revue française de pédagogie*, 187. Consulté le 08/01/2016 sur http://www.cairn.info/revue-francaise-de-pedagogie-2014-2-page-97.htm.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : entretien exploratoire n°1 auprès d'un infirmier de bloc opératoire

ANNEXE II : entretien exploratoire n°2 auprès d'une infirmière anesthésiste

ANNEXE III : questionnaire destiné à des étudiants infirmiers en 3ème année

ANNEXE IV : grille de dépouillement du questionnaire

ANNEXE V : grille de dépouillement *Q.5 «* Avant d'envisager de passer le concours à l'IFSI, aviez-vous d'autres perspectives de formation ?»

ANNEXE VI : grille de dépouillement *Q.6 «* Vous souvenez vous de la ou des raisons qui vous ont conduit à vous inscrire au concours d'entrée en IFSI ? » et Q.9 « Est-ce que la formation a fait évoluer votre regard sur la profession ? »

ANNEXE VII : grille de dépouillement *Q.12 «* Durant votre formation, avez-vous eu le sentiment d'appartenir à un groupe ? »

ANNEXE VIII : grille de dépouillement *Q.14 « pour vous, qu'est ce qui unit les infirmier(e)s quel que soit leur mode et lieu d'exercice ? »*

ANNEXE I : entretien exploratoire n°1 auprès d'un infirmier de bloc opératoire

Compte-rendu d'un entretien informel, non directif, réalisé le 20/11/16 dans la salle de pause des formateurs à l'IFSI. La personne consultée est un étudiant cadre de santé en formation durant un stage pédagogique, dans le cadre du module 5 : « fonction de formation ».

Parcours de ce professionnel :

Après avoir obtenu le DE d'infirmier, Frédéric a multiplié diverses expériences professionnelles, privilégiant les voyages à l'étranger, en travaillant notamment plusieurs années au sein d'une société française de clubs de vacances. Après avoir mis fin à son contrat, il retourne en France et exerce alors en tant qu'infirmier aux urgences puis au bloc opératoire d'établissements parisiens. Il se spécialise après avoir obtenu le DE d'infirmier de bloc opératoire (IBOD) au bout de 18 mois de formation. Il travaille actuellement dans un établissement public de référence, spécialisé dans la prise en charge des pathologies ophtalmiques, de renommée internationale, ayant les mêmes missions d'enseignement et de recherche qu'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Autour du sentiment d'appartenance :

Frédéric parlera assez longuement de son expérience entant qu'infirmier et personnel d'un club de vacances. En plus des anecdotes, l'organisation de la vie quotidienne est détaillée, la dimension du soin est peu présente cependant les obligations faites au personnel quel que soit sa fonction, sont nombreuses : déjeuner à la table des touristes, participation au répétitions et spectacle du soir, période d'astreinte physique, …

Frédéric dit « qu'on est tous infirmiers » et très vite parle de son expérience personnelle et des fonctions spécifiques qu'il a occupées.
Au service des urgences, il était au départ « doublé » en binôme avec « des seniors » chargés de transmettre et de « valider leurs capacités ». Les « sorties SMUR » n'étaient autorisées qu'après « avoir tourné sur tous les secteurs » du service des urgences : « accueil », « déchoc », « traumato », …
Au bloc opératoire, Il y a une notion « d'exclusivité de compétences » définies par Frédéric comme des « responsabilités inaliénables ». L'IBOD est responsable de « l'ouverture des salles » et du nombre de personnes admises à y entrer (anecdote).
L'infirmier anesthésiste (IADE) est responsable de tout ce qui est « vital », tel que l'endormissement du patient, la surveillance des fonctions cardio-respiratoires.

Par rapport aux autres infirmiers de l'établissement, les IADE comme les IBOD ne sont pas soumis à l'obligation de remplacement de leurs collègues.
Cependant, les IADE ont des astreintes « à leur domicile », qui doit être situé à moins de 20 minutes de l'hôpital. Les IBOD, eux, ont « des gardes sur place ». « Personne » ne peut remplacer les IADE à part le médecin anesthésiste.
La reconnaissance des IBOD est en cours depuis l'obligation faite de n'employer que des « infirmiers formés » mais cela représente « un coût » et il y a des « problèmes de pénurie ».
Les différences entre « un infirmier qui apprend sur le tas » au bloc et un IBOD sont, selon Frédéric, « les connaissances techniques qu'il n'a pas » qui « donnent du sens aux actes », « il faut savoir recharger tel robot » (exemples). Dans le cadre de la formation continue, certains IBOD sont formés par les sociétés qui fournissent ce type de matériel.
Frédéric parle avec fierté de sa proximité avec les « professeurs » dans son travail quotidien, du sentiment de participer à des innovations médicales, « d'être à la pointe de ce qui se fait de mieux ».
L'entretien se termine autour des surnoms donnés entre IADE et IBOD : les premiers sont appelés « gaziers », en référence à la fonction respiratoire assistée, lorsque le patient est intubé-ventilé, au réglage du débit d'oxygène et à celui d'autres gaz anesthésiants tels que le protoxyde d'azote. Les IBOD sont surnommés « ouvre-boites » par leurs collègues du bloc opératoire, en référence aux boites d'instruments utilisées pendant les interventions chirurgicales et d'une manière plus large à l'ensemble du matériel médical stérile mis à disposition du chirurgien après avoir ouvert les emballages qui le protègent.

ANNEXE II : entretien exploratoire n°2 auprès d'une infirmière anesthésiste

Retranscription d'un entretien non directif, d'une durée de 56 mn, réalisé le 28/01/16 dans les locaux de l'IFSI. La personne consultée Christine, est une étudiante cadre de santé en formation.

M : *avant d'aborder ton parcours, est ce que tu pourrais me préciser quelles ont été tes motivations dans le choix de devenir infirmière, ou pas ?*

C : moi j'ai voulu être infirmière depuis très très tôt, alors vraiment très tôt. Ça a commencé vers 8-9 ans à la suite de lectures, donc c'était la bibliothèque rose, c'était infirmière de brousse, infirmière…euh, y avait toute une collection. Et j'avais lu ça et je m'étais dit c'est ça que je veux faire (rires). Le titre qui m'avait le plus marqué c'était infirmière de brousse.

M : *le titre est resté*

C : le titre est complètement resté et puis vraiment ça a été l'évènement euh qui m'a lancé dans ce…, vraiment qui…

M : *oui*

C : c'est le premier élément. Ensuite donc j'ai gardé euh cette vision à l'esprit pendant tout le temps de mes études et j'ai toujours dis je veux être infirmière. Au moment…

M : *le parcours scolaire finalement était déjà tracé*

C : Ah oui, donc du coup fait le bac F8, à l'époque qui était le plus euh

M : *orienté*

C : Orienté vers ça, de toute façon on pouvait faire S mais j'avais pas encore…, pas un niveau assez élevé et donc quand…, l'année du bac j'ai un petit peu…, j'ai eu un doute.

M : *oui*

C : Pas, je me suis dit sage-femme me plairais bien aussi. J'adorai les, d'ailleurs j'adore toujours les bébés. Donc du coup j'ai quand même passé le concours de sage-femme et celui d'infirmière. Car dans un sens je me disais infirmière, je peux le faire aussi avec des bébés.

M : *est-ce qu'au niveau familial, entre le moment des lectures et celui de passer le concours, il y a eu une discussion…*

C : Mes parents étaient au courant que je voulais faire infirmière, depuis le début.

M : *et ça a conforté ça*

C : ah oui ils m'ont toujours soutenu

M : *peu importe le projet ou celui-ci en particulier ?*

C : Moi je suis toujours resté dans cette voie-là, j'ai toujours eu ce projet.

M : *pour eux c'était important ?*

C : Oui parce que ma mère ne travaillait pas, mon père était ouvrier. Ils m'ont toujours aidé avec leurs moyens … à poursuivre ce projet-là. Sachant que j'étais boursière, je n'avais absolument pas…, ça n'a pas été tout simple, mais ça forge le caractère.

M : *oui je comprends*

C : et j'ai eu le concours d'entrée, d'ailleurs j'avais même fait, à l'époque il existait un équivalent au bac pour pouvoir entrer à l'école d'infirmière si jamais on ratait le bac ou si jamais on ne l'avait pas.

M : *dans la même année que le bac*

C : voilà, donc je m'étais dit…, j'avais fait ça en plus car je voulais absolument entrer. Et donc j'avais eu le concours, cet équivalent, je me souviens plus comment cela s'appelait, j'ai eu le bac et je suis rentré directement à l'école d'infirmière sachant que j'ai pas eu celle de sage-femme.

M : *c'était aussi un concours d'entrée.*

C : à l'époque, c'était encore le concours. Et là franchement si j'avais eu les 2, euh, je ne sais pas lequel j'aurai pris, franchement…, j'avoue que …

M : *et tu as abandonné complètement l'idée de devenir sage-femme ou tu l'avais encore un peu en tête ?*

C : non complètement abandonné et ce qui m'a aidé c'est qu'à l'école d'infirmière, il y avait des stages obligatoires à l'époque, moi ça date de 93.

M : *l'entrée à l'école ?*

C : non la sortie. J'ai fait la dernière année avant la nouvelle réforme

M : *qui fusionnait…*

C : qui fusionnait avec la psychiatrie. Voilà. Et donc on avait un stage obligatoire en pédiatrie, je ne me souviens plus quelle année c'était. Par ce que j'avais dans l'esprit toujours, avec les TD, tout ça, puéricultrice et tout. Et là stop, ça été le cauchemar.

M : *ah*

C : tous ces enfants malades, j'avais pas vu cet aspect-là, je voyais l'enfant…, bais euh dans sa globalité, je ne voyais pas l'enfant malade. Et quand j'ai découvert ça, ça été une catastrophe. Il était hors de question que je devienne puéricultrice.

M : *le projet d'infirmière était donc très lié à cette population d'enfants et du fait de ce stage est ce que cela à créer un doute ?*

C : non parce que je voulais vraiment à la base être infirmière mais par contre cela a remis en question mon évolution. Je pense que l'aspect soin m'a énormément plus pendant la formation, j'ai eu la chance de faire des stages très intéressants où j'ai beaucoup, beaucoup fait de soins dès la première année.

M : *c'était un IFSI rattaché…*

C : au CHU, c'était l'IFSI de Limoges. Il y avait le CHU et la Croix-Rouge. Moi c'était au CHU et j'ai eu la chance, je suis même allé au centre Romanet, militaire, c'était une des casernes militaires de Limoges où il y avait le centre de santé des armées de toute la région. Et là, on faisait tout, ils nous apprenaient tout.

M : *ils vous laissaient de l'autonomie.*

C : D'abord, ils nous expliquaient les soins, ils nous laissaient faire. Il y avait une autonomie et dès la première année.

M : *à l'école car je croyais que c'était dans ce stage militaire.*

C : oui à l'école. C'était une formation très enrichissante et quand je suis sorti je savais travailler. C'est important ce que je dis, par rapport à ce que je vois actuellement et les jeunes qui sortent aujourd'hui, là il fait tout leur rapprendre.

M : *oui, il y avait une maîtrise des gestes, les plus courants…*

C : même plus complexes, j'avais posé des sondes vésicales, des sondes gastriques, euh j'avais vraiment fait tous les gestes.

M : *votre prise de fonction…*

C : a été facilité en tout cas. Après l'intégration dans une équipe, le savoir être et tout ça s'apprend plus je pense après. Mais j'avais déjà pour moi et je pense que c'était un plus, j'avais au moins déjà le geste. Donc c'était important.

M : *donc des stages très techniques, le raisonnement clinique…*

C : oui les démarches de soins, on commençait, c'était pas, euh…, c'était les débuts. En troisième année, on avait un minimum de 6 patients à prendre en charge en totalité pendant toute la durée du stage.

M : *donc après diplômée et premier poste…*

C : premier poste à Confolens, au pigeonnier qui était donc un long séjour à l'époque. Et après, puisque à l'époque, à Confolens, à chaque fois qu'il y avait une nouvelle infirmière, ils voyaient ce qu'elle faisait, quand elle travaillait en…

M : *en long séjour*

C : en long séjour (simultanément).

M : *c'était le test.*

C : c'était le test. Et donc après je suis arrivée en chirurgie. Chirurgie générale, y avait de tout, mais c'était les anciennes chirurgies avec 1 voire 2 praticiens qui étaient généralistes, qui faisaient de l'ortho, du viscéral, du vasculaire et donc j'ai…

M : *je souhaiterai revenir sur certains points, j'ai plusieurs questions qui me viennent. Avant tout, Limoges-Confolens qu'est ce qui… ?*

C : Tout simplement, à l'époque, j'avais un ami qui était de Confolens, à 6 km exactement.

M : *c'était un critère*

C : un critère géographique sachant que le chu ne prenait aucune infirmière cette année-là. J'avais fait ma demande et donc on a tous gravité autour de la région et donc je suis allé à Confolens. On avait une maison déjà disponible et donc c'était la facilité.

M : *vous étiez jeune*

C : oui, j'avais 21 ans.

M : *et avec ces chirurgiens à Confolens est ce que tu pourrais décrire votre relation ?*

C : Alors c'était, notamment avec le chef de service, c'était le mandarin, dans le sens Dieu tout puissant.

M : *dans un petit établissement.*

C : dans un petit établissement, c'était le jour et la nuit, c'est homme-là, il faisait tout ce qu'il voulait, c'était son service, quand je dis que c'était son service, c'était vraiment son service.

M : *c'était très fort.*

C : C'était très fort. Il nous a, toutes celles qui étaient infirmières dans son service, il nous a formé à sa façon de travailler.

M *: c'est-à-dire ? car vous saviez déjà faire beaucoup de choses déjà.*

C : Oui, oui mais justement c'était tous les protocoles qu'il avait établis, il fallait faire comme ça. On en avait peur à l'époque, moi j'étais la plus jeune mais même celles qu'y étaient depuis 15 ans elles en avaient encore très peur de cet homme-là.

M : *décrivez-moi un peu le service…*

C : il y avait 2 internes, 25-26 lits et 4 lits de soins intensifs à l'intérieur de ce service-là. Donc on était toujours 2 infirmières et on se partageait, on avait chacune 2 lits de soins intensifs, plus la moitié du service et donc on était entièrement responsables de sa partie.

M : *et des visites…*

C : et des visites qui se faisaient, il avait sa visite avant le bloc, sa visite après le bloc, c'était encore le temps où on écrivait nous-mêmes ce qui se disait. On avait tellement peur…

M : *alors c'est ça, une peur… Mais est-ce qu'il vous expliquait ou est ce qu'il vous donnait uniquement des ordres ?*

C : il fallait faire exactement ce qu'il voulait mais en donnant des arguments. En général on ne pouvait pas aller contre car ses arguments avaient un bon fondement. On allait dans son sens.

M : *il avait un charisme en plus de son savoir…*

C : Voilà c'était quelqu'un qui travaillait très bien, on pouvait lui donner n'importe quoi, des « polytraum » qui arrivaient, c'était extraordinaire.

M : *il avait de réelles compétences.*

C : Ah oui des compétences. Et seulement en plus, il était à la base iranien.

M : *d'accord…*

C : important à dire dans la mesure où il avait une culture musulmane, qu'il était arrivé en France pour ses études de médecine, qu'il s'est converti au christianisme pour pouvoir épouser sa femme, qui faisait partie de la grande bourgeoisie de Confolens et donc ça ne s'est pas fait comme ça. Il avait eu tout un parcours de vie qui était quand même pas facile et donc parfois sa culture quand même ressortait.

M : *Avec le personnel féminin ?*

C : Oui avec le personnel féminin. C'était le chef, c'était lui qui parlait et il avait forcément raison.

M : *même avec les anciennes infirmières, celles qui avaient de l'expérience ?*

C : oui. Car quand on faisait une erreur par exemple, on se faisait, il criait pas forcément mais il avait une telle façon de présenter son mécontentement que c'était encore plus blessant, je pense et puis euh, c'est pareil tout était strict avec ses limites et tout et il y avait intérêt à rester dans le cadre.

M : *le personnel restait quand même…*

C : le personnel restait parce que son, le travail qu'il, était bien fait. Et malgré cette crainte que nous avions, on était dans un environnement euh entre nous déjà on s'entendait très bien, on s'aidait, …

M : *le fait d'entrainer ce type de rapport avec ce médecin, tu penses que cela a permis à l'équipe de s'entraider ?*

C : oui je pense, si si du coup on s'est rapproché, on s'est entraidé, dès que y en avait une qui était dépassée, on essayait de l'aider.

M : *tu y es resté…*

C : j'y étais très bien mais je n'y suis resté que 3 ans parce que j'adorais ce que je faisais mais, il y avait 2 infirmiers anesthésistes

M : *dans l'établissement*

C : dans l'établissement. Je travaillais étroitement avec eux à chaque fois, ils passaient tous les soirs faire les « consult » et tout ça, je les connaissais bien, on était devenus amis et euh là les voyant travailler, voyant ce qu'il faisait, je me suis dit c'est ça que je veux faire.

M : *ils travaillaient donc au bloc avec le même médecin, encore plus proche…*

C : oui encore plus proche. Mais moi c'était le travail de l'infirmier anesthésiste, la façon dont ils le présentaient, ils adoraient ce métier et moi qui était vraiment dans le soin, les gestes techniques, j'adorais poser des perfusions…

M : *mais au bloc il n'y avait pas que les infirmiers anesthésiques…*

C : ah oui mais non les infirmiers de bloc techniquement, ils ne font rien.

M : *on en reparlera après, et pour finir vis-à-vis de ces infirmiers…*

C **:** un homme et une femme, assez âgés partant à la retraite, passionnés tous les deux. J'avais été les voir au bloc et donc j'ai passé le concours et je l'ai eu et là je me suis battu

pour avoir le financement parce que ce n'était pas si facile que ça surtout dans un petit hôpital comme ça.

M : *et vous l'avez passé avant de faire la démarche ?*

C : oui je l'ai passé sans le dire à personne, je ne voulais absolument pas que les gens savent et quand je l'ai eu je suis allé voir le directeur. Je suis parti à l'école 2 années.

M : *2 années sur limoges ?*

C : à Limoges.

M : *donc retour à Limoges*

C : retour à limoges (simultanément). Entre temps je me suis séparé de mon ami (rires), donc arrivée à Limoges, appartement, …

M : *pour 2 ans*

C : oui car étant financé, j'étais sensé y retourner.

M : *et par rapport à la formation initiale à l'IFSI ?*

C : complètement différent, c'est beaucoup plus dense, beaucoup plus dur, euh…

M : *en termes…*

C : de connaissances, d'exigence, de respect des procédures, c'est extrêmement cadré, c'est une rigueur. Mais ça c'est le métier en lui-même. Et donc, c'est une formation très prenante.

M : *par rapport à ce que vous vivez actuellement ?*

C : c'est une autre forme, c'est complètement différent. L'autre, est à mon avis plus abordable parce que c'est du concret. La formation d'iade, c'est du concret. Pour moi qui suis cartésienne, c'est le plus simple, bien que ce soit très difficile (rires).

M : *Alors, il y a un côté assez élitiste, le concours est sélectif.*

C : le concours est sélectif, on est une promo de 16 ou 17, je sais plus, on est sorti à 12.

M : *d'accord, ça fait beaucoup d'arrêts en cours de formation.*

C : oui tout à fait.

M : *euh, … quand on en sort, est ce qu'on a l'impression d'avoir changé de métier ?*

C : oui, c'est complètement différent. C'est toujours la base d'infirmière, c'est toujours beaucoup de soins, beaucoup d'accroches relationnelles aussi, parce qu'il y en a. Et même, je dirai qu'elle est différente et très importante parce que même si on voit la personne que 20 mn avant de l'endormir, c'est souvent là qu'il y en a besoin. Et euh …, l'anesthésie en elle-même c'est quelque chose que l'on découvre, qu'on ne connait pas en tant qu'infirmière.

M : *c'est un monde complètement différent.*

C : c'est un monde qui est complètement différent et moi ce que j'adorai c'est le SMUR. Travailler en pré hospitalier, ça c'était…

M : *pendant ces 2 ans, bon, s'est différent, est ce qu'il y a un discours qui est tenu, corporatiste, ou pas ? Est-ce que ce ne sont que des infirmiers anesthésistes qui interviennent ?*

C : Alors, beaucoup de médecins, d'ailleurs que des médecins anesthésistes, très très peu de cours par les formateurs.

M : *quel genre de cours ?*

C : qu'est-ce qu'elles nous faisaient, euh…. Très très peu de cours, je ne m'en souviens plus.

M : *pas d'enseignement.*

C : Non, c'était des enseignements fait par les médecins, euh par les chefs de service de Limoges. Quasiment tous les médecins anesthésistes de l'hôpital sont venus.

M : *et est ce qu'ils vous font cours comme eux-mêmes ont reçu ou est ce qu'il y a une adaptation ?*

C : je pense qu'ils adaptent par rapport à ce qu'ils attendent de l'infirmière anesthésiste.

M : *Ils parlaient de vous en quels termes ?*

C : Alors justement, l'avantage qu'il y a entre la relation infirmier-médecin et infirmier anesthésiste-médecin anesthésiste est complètement différente. Euh, c'est vraiment euh je dirai une collaboration et une confiance que je n'ai pas retrouvée ailleurs. C'est euh On est là pour mener une anesthésie qu'ils ont éventuellement mis en place, ce qui n'est pas une obligation entre parenthèse, et c'est nous qui la menons du début à la fin, nous sommes responsables de cette technique-là, de son déroulement. Et souvent l'anesthésiste, on ne les revoit pas pendant l'intervention.

M : *donc, il y a une confiance*

C : il y a une confiance et c'est pour ça qu'on a été formé, qu'on a les capacités et comment dire…c'est pas du tout la même relation, on est vraiment, on a vraiment l'impression, ils ont besoin de nous. La relation avec l'anesthésiste, la plupart du temps, c'est euh … je ne vais pas dire amis-copains, c'est du « tu », on se connait, on partage plein de choses.

M : *c'est assez courant, c'est quelque chose qu'on entend, ça s'instaure…*

C : je sais pas. Est-ce que c'est la profession qui fait ça ? oui c'est vrai je ne sais pas.

M : *et entre les ibod et les chirurgiens ?*

C : Y a peu près la même relation avec les ibod, bien que chacun reste dans son champ, ya une relation qui est très profonde avec les anesthésistes et les chirurgiens beaucoup moins. La relation ibod-chirurgien est différente de la relation iade-anesthésiste.

M : il y a une sorte de binôme.

C : oui il y a vraiment un binôme iade-anesthésiste qu'il n'y a pas du côté des chirurgiens.

M : parce qu'entre l'anesthésie et la chirurgie…

C : ah, il y a un monde, c'est complètement différent. Il y a un champ comme on dit (rires) qui sépare, et c'est vrai. Y a une compétition entre les deux, c'est énorme.

M : *une compétition ?*

C : y en a où ça se passe très très bien, mais souvent c'est pas le cas. S'il y en a un qui peut embêter l'autre.

M : *Par exemple*

C : Euh, t'a vu l'heure mon patient ça fait une demi-heure qu'il dort, te plaint pas s'il se réveille pendant l'intervention…ou alors les prescriptions post op, l'anesthésiste veut mettre de l'héparine, le chirurgien ne veut pas en fonction de sa chirurgie, donc lequel des 2 va gagner. C'est tout c'est, il y a vraiment une euh, alors y en a qui arrive à discuter super bien, mais c'est pas la majorité des cas.

M : *et le SMUR alors ?*

C : à l'époque, à Confolens, on ne sortait que l'urgentiste et, à l'époque c'était même pas des urgentistes, c'était un médecin des urgences qui n'avait pas encore le CAMU et l'iade ou un infirmier en fonction de la personne qui était de garde puisque c'était un petit SMUR.

M : *il y n'a pas obligation que ce soit un infirmier anesthésiste ?*

C : ça dépend des établissements, c'est une décision du directeur. Ce qui est règlementaire à l'heure actuelle c'est un urgentiste, un ambulancier et un infirmier. Avec recommandation de l'AFAR, c'est la société française d'Anesthésie-réanimation, que ce soit une iade.

A Tulles, où j'exerce depuis 2000, superbe entente, qui correspond à mes exigences, j'avais de l'anesthésie, j'avais du smur, alors que je faisais les aller-retours Limoges-Tulles car entre temps à Limoges j'ai eu ma fille, c'est mes parents qui la gardait quand j'étais de garde.

M : *on arrive bientôt à la fin de cet entretien, alors maintenant ce projet de cadre ? C'est encore un changement, qu'est-ce qui motive ce changement ?*

C : alors la motivation en fait, j'adore mon métier d'infirmier anesthésiste, c'était mon but et c'était ce que je voulais faire

M : *ce n'est pas infirmière de brousse.*

C : oui, finalement je n'en ai pas fait, j'en ai jamais fait. Je voulais en faire, mais bon, la vie a fait qu'entre mon ami à l'époque et ma fille, j'ai été bloquée. Mais euh j'ai été toujours là et je me dis que quand ma fille sera grande, je pense que je le ferai.

Là, après 15 ans d'iade, une fatigue émotionnelle et de souffrance vis-à-vis de l'urgence et de la souffrance des autres dans le SMUR et tout ça, difficulté de plus en plus importante de pouvoir assimiler les horreurs du SMUR et la transposition sur moi de situations que j'ai vécues par exemple un AVP, un accident de la voie publique, où y a quelques morts dans la voiture et ça représente par exemple quand euh, le dernier que j'ai en tête, c'est quand deux sœurs plus un maman et c'est souvent que j'ai mes sœurs avec moi plus ma mère et ou je le

vis de plus en plus difficilement. L'identification et tout, j'ai de plus en plus de difficulté et au contraire ça ne s'est pas amélioré, au contraire.

M : *et au sein de l'équipe*

C : il n'y en a pas de prise en charge, il n'y en a pas. On en parle entre nous, mais ça reste, ça suffit pas. Cette difficulté-là, cette difficulté physique des gardes, à courir, où j'ai de plus el plus de difficultés, la route, le fait que ma fille me reproche de faire des gardes de 24-48h, tout ça à fait que ça a cheminé. Il n'y a pas que ça. Car la fonction de cadre, au départ, je ne voulais pas en entendre parler.

M : *Ah oui. Au regard de quoi ?*

C : je sais pas…

M : *le côté administratif ?*

C : oui, pas dans le soin, voilà, c'est ça. Et puis, j'ai un « cadre sup », qui depuis quelques années n'arrête pas de me dire, il faut que tu fasses ton école de cadre. Il pensait que je pouvais (rires), je sais pas. J'ai dit il est hors de question, tu restes iade mais mine de rien ça a cheminé, ça m'a mis l'idée en tête. Et lui, il est parti ailleurs, il est parti en Guyane et…, et puis ça a continué. Puis finalement, j'ai passé le concours, j'ai monté mon projet, je me suis dit que c'était peut-être une euh, …, l'anesthésie j'adorai ça mais j'avais fait le tour et j'avais envie d'une évolution qui fait que j'avais envie de voir autre chose, pour essayer de ne pas m'ennuyer car je suis quelqu'un qui bouge beaucoup et du coup, je me dis allez hop c'est autre chose à voir, autre chose à découvrir.

M : *on arrive à la fin de l'entretien, est ce qu'en fait tu penses que les infirmiers finalement se serait un corps ou pas forcement. Est-ce que tu as le sentiment d'appartenir à quelque chose ? si oui à quoi ?*

C : Oui j'ai l'impression qu'effectivement, il y a le corps infirmier, pour moi ça existe réellement, c'est un statut qui fait qu'on appartient à un groupe. Y a le groupe global tous les infirmiers et le groupe l'équipe et y'a une différence entre les deux. Effectivement, tous les infirmiers, c'est une attribution en fait mais l'équipe en elle-même c'est un groupe, y'a une dynamique qui fait que … On appartient à cette équipe. Parce qu'on a un but commun, où c'est quand même le patient, la qualité des soins du patient donc on a quelque chose qui nous fait vivre et qui nous donne un objectif. Et par contre, iade, y'a une corporation, c'est plus fort.

M : *Qu'est ce qui se passerait dans cette corporation qui ne se passe pas chez les autres ?*

C : Je ne sais pas j'ai du mal à le déterminer.

M : *une petite communauté de personnes… ?*

C : peut-être, on est très peu. L'iade, on est très mal vu par les autres infirmiers parce que je sais pas est ce que c'est dû à notre façon de se comporter. On est souvent pris pour euh…

M : *et vous quelle vision avez-vous des autres infirmiers ?*

C : ça dépend des gens, c'est vrai que j'ai des collègues qui dénigrent complètement les infirmiers.

***M** : à quel niveau ?*

C : de leur savoir, ils ne savent jamais rien, il faut toujours tout leur expliquer. Mais le problème, c'est que le mal vient de là. Si les infirmières ne supportent pas les iade c'est à cause de ça. Ça c'est sûr. Mais ça change quand même, y'a de plus en plus d'iade de plus en plus jeunes, les vieux sont entrain de partir, ce qui fait que j'ai l'impression que ça change. Mais les iade sont extrêmement soudées. D'ailleurs le syndicat iade est extrêmement performant ; on obtient beaucoup de chose, contrairement aux ibod. On a quand même une représentation de la profession qui est beaucoup plus importante, quoique les infirmières ceux sont battues passé un temps. Pour moi c'est quand même un corps, les deux. Y'a quand même une certaine fierté d'être iade, je ne le nie pas. Parce qu'on est considéré par le médecin anesthésiste, ce qui n'est pas forcément le cas ailleurs.et même avec le chirurgien car on doit travailler ensemble, il y a des temps qu'on doit faire ensemble et quand on connait bien le chirurgien, on lui apporte ce qu'il attend et forcément il se rend compte de ça. C'est différent d'avec les ibod qui change de salles d'un jour à l'autre, alors que les iade sont moins nombreuses et elles changent de salles au fil de la journée, donc on les voit presque tous sur la journée. Là où je travaille, les ibod change tous les 2 ans de spécialités, ce qui n'est pas pareil.

***M :** Bien je pense qu'on peut s'arrêter là. Merci beaucoup.*

ANNEXE III : questionnaire destiné à des étudiants infirmiers en 3ème année

« La professionnalisation durant la formation infirmière »

Enquête par questionnaire menée par David AUDUREAU, étudiant en Master 1 - F.O.A.D. du Département des Sciences de l'Education de l'Université de Rouen.

Ce questionnaire n'entre pas dans le cadre d'une enquête de satisfaction, son objectif est de recueillir votre ressenti sur ce qui contribue à la construction de votre identité professionnelle.
Le traitement de ces données sera réalisé de manière totalement anonyme et confidentiel.
Il est important pour cette étude que vous répondiez seul(e) et le plus sincèrement possible.
Sachez qu'il n'existe ni bonne ni mauvaise réponse, seul votre avis compte.

En vous remerciant vivement de votre participation, essentielle à la qualité et la poursuite de ce travail.

La personne qui répond au questionnaire

Pour chacune des propositions ci-dessous, cocher et préciser si besoin votre réponse.

1. **Vous êtes :**

☐ un homme
☐ une femme

2. **Vous avez :**

☐ moins de 25 ans
☐ 25/35 ans
☐ 36/45 ans
☐ plus de 45 ans

3. **Avez-vous des enfants ?**

☐ Non
☐ Oui *(préciser leur âge)* : …….....

4. **Vous avez une expérience professionnelle antérieure :**

☐ Non

☐ Oui *(préciser la nature)* : .....……...

5. **Avant d'envisager de passer le concours à l'IFSI, aviez-vous d'autres perspectives de formation ?**

☐ Non

☐ Oui *(préciser la ou lesquelles)* : …….

6. **Vous souvenez vous de la ou des raisons qui vous ont conduit à vous inscrire au concours d'entrée en IFSI ?**

.....
.....
.....
.....
.....

<u>Pendant la formation</u>

7. **Parmi les contenus abordés durant la formation (IFSI et stages), choisissez ceux qui vous paraissent les plus utiles dans l'exercice de votre future fonction ?**
   (<u>Prioriser votre réponse</u> en attribuant un numéro à chaque item <u>du plus utile au moins utile</u>)

☐ Pharmacologie

☐ Législation, éthique, déontologie

☐ Travail d'équipe

☐ Initiation à la recherche

☐ Soins infirmiers

☐ Psychologie, sociologie, anthropologie

☐ Projet professionnel

☐ Processus pathologiques

☐ Soins d'urgence

☐ Santé publique

- ☐ Soins relationnels
- ☐ Raisonnement clinique
- ☐ Autre(s) contenu(s) *(préciser)* :

8. Durant la formation, avez-vous participez à des actions institutionnelles (F.O.F.E., journée portes ouvertes, journée du concours, fonction de délégué de promotion, membre d'une association étudiante, …) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

9. Est-ce que la formation a fait évoluer votre regard sur la profession ?

- ☐ Non
- ☐ Oui *(préciser en quoi)* : …….....
  …….....
  .....
  ……..
  ……..

10. Comment qualifieriez-vous votre attachement à la profession ?
(Cocher une <u>seule réponse</u> parmi les items proposés)

- ☐ Je ne m'y reconnais pas
- ☐ J'en dépend par obligation
- ☐ Je suis indifférent à la notion de profession
- ☐ J'en suis fier
- ☐ Je souhaite la promouvoir et la développer

11. Aujourd'hui, qu'est-ce qui vous motive à devenir infirmier(e) ?
(Choisir <u>3 réponses maximum</u>)

- ☐ La culture familiale (en adhésion ou en opposition)
- ☐ L'offre d'emploi
- ☐ Une expérience de la maladie personnelle ou d'un proche
- ☐ Travailler auprès d'enfants
- ☐ Appartenance à un groupe professionnel

- ☐ Un évènement important de votre vie (décès, échec, …)
- ☐ Accéder à un statut et une reconnaissance sociale
- ☐ Valeurs humanistes
- ☐ Diversité d'exercice
- ☐ Autre(s) motivation(s) *(préciser)* : ……

12. Durant votre formation, avez-vous eu le sentiment d'appartenir à un groupe ?

- ☐ Non
- ☐ Si oui, lequel :

  (Prioriser votre réponse en attribuant un numéro de 1 à 7 à chaque item, 1 correspondant au groupe pour lequel vous avez ressenti la plus forte affinité et 7 correspondant au groupe pour lequel vous avez ressenti la plus faible affinité) :

  - ✓ établissement d'accueil en stage
  - ✓ promotion
  - ✓ groupe d'accompagnement pédagogique
  - ✓ La Croix-Rouge Française
  - ✓ groupe d'amis au sein de l'IFSI
  - ✓ équipes de soins
  - ✓ IFSI d'Angoulême
  - ✓ Autres *(préciser)* : …….

13. Au cours de la formation, avez-vous eu le sentiment d'avoir rencontré davantage de modèles que de contre-modèles ?

(Cocher une seule réponse parmi les items proposés)

- ☐ Davantage de modèles
- ☐ Davantage de contre-modèles
- ☐ Pas le sentiment d'en avoir rencontré

14. Pour vous, qu'est ce qui unit les infirmier(e)s quel que soit leur mode et lieu d'exercice ?

.....

.....

.....

.....

L'avenir professionnel

Pour chacune des propositions ci-dessous, cocher et compléter les réponses qui vous correspond(ent).

15. En quoi vous reconnaissez vous dans la profession infirmière ?

.....
.....
.....
.....

16. Envisagez-vous dès à présent une poursuite de vos études ?

☐ Pas de formation envisagée tout de suite

Si oui, précisez le domaine dans lequel vous souhaitez vous former :

☐ Spécialisation : …….....
☐ DU : …….
☐ Master : …….....
☐ Formation continue : …….
☐ Autres (préciser) : …….

17. Dans quel lieu d'exercice vous projetez-vous après l'obtention du diplôme ?

☐ Etablissement public
☐ Etablissement privé
☐ Intérim
☐ Exercice libéral
☐ Humanitaire
☐ Entreprise
☐ Autres (préciser) :

Si vous le souhaitez, vous pouvez compléter ce questionnaire par des remarques ou suggestions relatives à l'engagement professionnel des infirmiers : .....
.....

Merci de votre participation !

ANNEXE IV : grille de dépouillement du questionnaire

ANNEXE V : grille de dépouillement *Q.5* « Avant d'envisager de passer le concours à l'IFSI, aviez-vous d'autres perspectives de formation ?»

Catégories de métiers	**Autres orientations au moment du concours infirmier**	**Total**
Professions paramédicales	Ergothérapeute (1), kinésithérapeute (2), psychologue (3), auxiliaire de puériculture (2), préparatrice en pharmacie (1), sapeur-pompier professionnel (1)	10
Professions médicales	Sage-femme (4), biologie (1), médecine (2)	7
Professions du social	Educateur spécialisé (2), Educateur jeunes enfants (1) social (1)	4
Métiers du soin	Préparation vétérinaire (1) Auxiliaire vétérinaire (1)	2
Métier en lien avec l'accompagnement	Concours interne éducation nationale (1) Professeur d'anglais (2) Professeur des écoles (3) Professeur de sport (2)	8
Métiers d'aide et de service	Hôtellerie (1), chocolatier (1), informatique (1), communication (1), comptabilité	4
Autres	Architecture (1)	1
Pas d'autre orientation que celle de devenir infirmier(e)		42

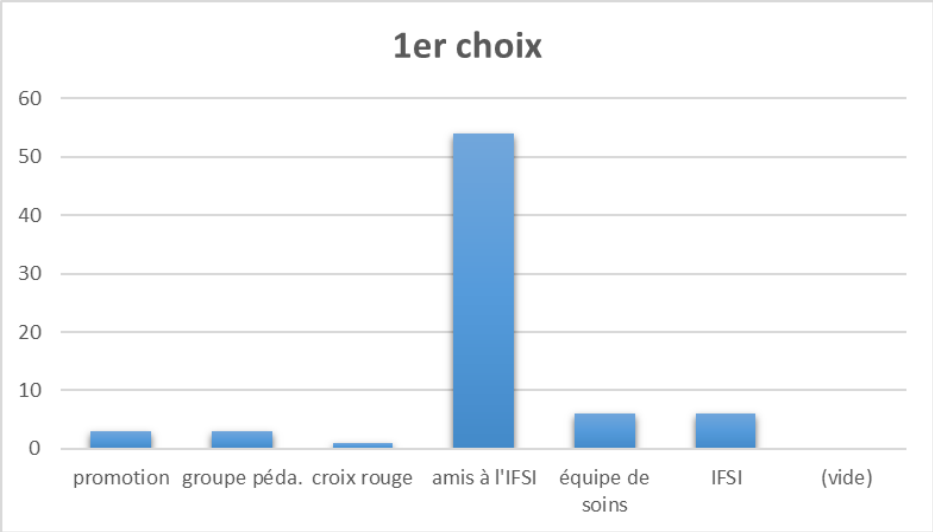
ANNEXE VI : grille de dépouillement *Q.6* « Vous souvenez vous de la ou des raisons qui vous ont conduit à vous inscrire au concours d'entrée en IFSI ? » et Q.9 « Est-ce que la formation a fait évoluer votre regard sur la profession ? »

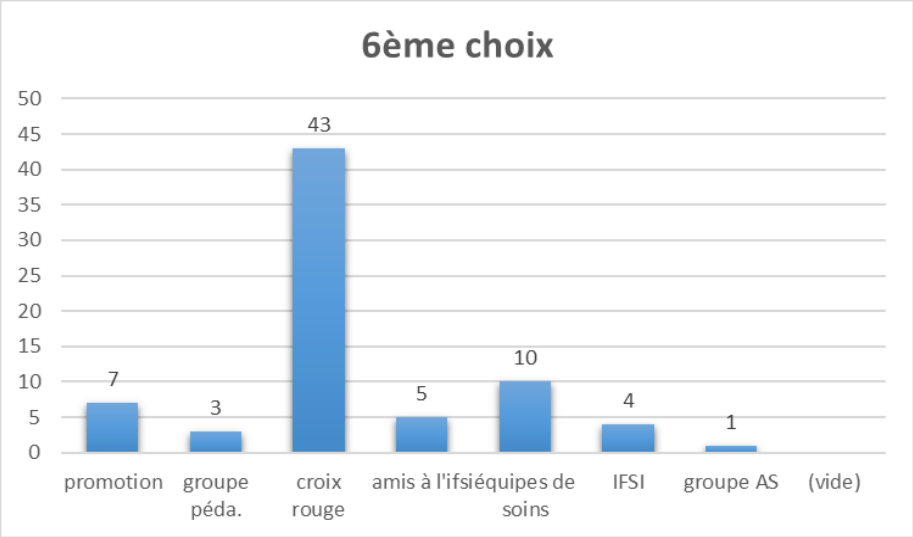
Type de motivation	**Catégories de motivations**	**Raisons de l'entrée en formation infirmière (Q.6)**	**Evolution du regard en fin de formation (Q.9)**
Motivation intrinsèque	**Vocationnelle**	Depuis l'âge de 3 ans	Changement du regard sur soi, remise en question, gain de maturité, pas un métier fait pour tout le monde, travail d'analyse sur sa relation
	Dynamique familiale	Famille avec des métiers de la santé, famille dans le milieu de la santé, membres de la famille ide, perte d'un proche d'un cancer	
	Identification au professionnel	Visites à l'hôpital, venue d'une ide pour soigner un proche, rencontre avec une infirmière	Identité professionnelle, profession peu reconnue
		Stage BEP sanitaire et social, projet qui date du lycée, stage ambulancier	
	Valeur : être utile	Accompagner la personne dans le besoin, force de l'enfant malade, se rendre utile, aider les autres, aider les personnes en difficulté, envie d'aider, aider une personne dans le	

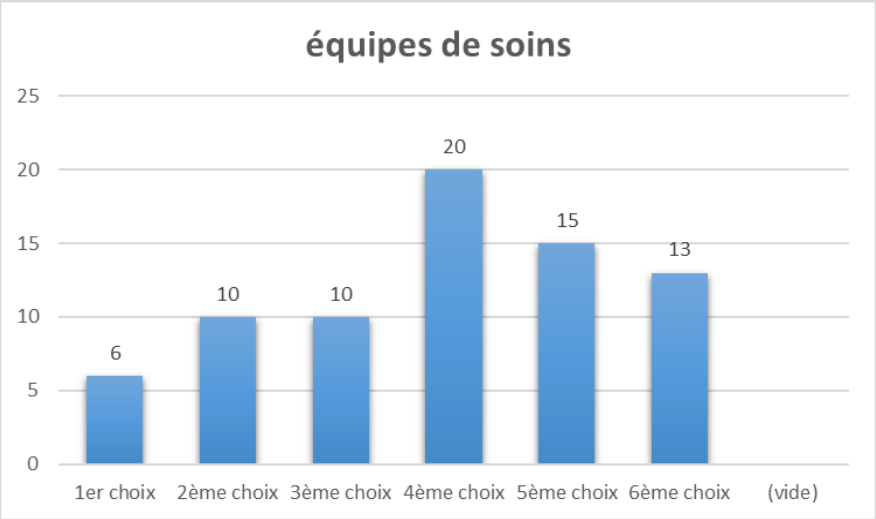
		besoin,	
	Autres valeurs	Valeurs personnelles, valeurs, travailler en équipe	Ouverture d'esprit, pratique reflexive
	Rapport au savoir	Apprendre, enrichir ses connaissances, acquérir des connaissances, besoin de connaissance	Statut de la recherche, raisonnement clinique, questionnement perpétuel
	Travailler avec des enfants	Projet puéricultrice, travailler auprès d'enfants	
Motivation extrinsèque	**Promotionnelle**	Evolution professionnelle, reconnaissance, plus d'autonomie, responsabilité, approfondissement du métier de secouriste, statut, évolution de carrière	J'idéalise moins, réalité de terrain, changement des représentations
	Aspect technique de la profession	Technicité, manuel, actes techniques, soins techniques, savoir faire	Concilier technique et relationnel, pas uniquement centré sur le soin technique, plus de dimensions, pas que des gestes, donner du sens à ses actions
	Aspect relationnel de la profession	Côté relationnel, valeurs croix-rouge, accompagner, goût prononcé pour le relationnel, accompagnement de l'entourage, contact avec l'autre, plus de relationnel, valeurs perso tournées vers l'humain, souci de l'autre	Singularité, vision moins manichéenne, difficulté de communiquer avec l'autre, relationnel primordial, patient dans sa globalité

	Spécialisation	Devenir ibod, se spécialiser après,	Perspectives d'évolution, se spécialiser
	Conditions de travail		Charge administrative, charge de travail, horaires, difficulté d'organisation, statut, profession stressante
	Compétences		Responsabilités, niveau de responsabilités, Rôle propre, autonomie, compétences attendues, positionnement professionnel, dimension éducative, travail de lien avec famille et autres soignants, collaboration
	Lieux d'exercice		Différents lieux d'exercices, Toutes les possibilités
Motivation imprécise		Domaine de la santé, multitude de choix, diversité, mobilité, absence de routine, exercer dans le médical, choix post bac, différentes possibilités	

ANNEXE VII : grille de dépouillement *Q.12* « Durant votre formation, avez-vous eu le sentiment d'appartenir à un groupe ? »







ANNEXE VIII : grille de dépouillement *Q.14 « pour vous, qu'est ce qui unit les infirmier(e)s quel que soit leur mode et lieu d'exercice ? »*

Questionnaires	Valeurs personnelles, humaines, humanistes (humanité, altruisme, non jugement, ouverture d'esprit, humilité, bienveillance, donner à l'autre, don de soi) et professionnelles (passion du métier, rigueur)	Identité, groupe infirmier, appartenance à un corps	Connaissances théoriques et pratiques, pluridisciplinaires, les faire valoir	Travail en équipe, cohésion, collaboration, pluridisciplinaire	Pratiques de soins, compétences transférables, soins techniques	Buts poursuivis, objectifs communs, missions, intérêts communs, conception du soin, le prendre soin	Tenue	Communication, Relationnel, relation à l'autre, relation soignant-soignée, accompagnement Passion du soin, proche des personnes Tendre vers le meilleur pour le patient, envie d'accompagner, d'aider, volonté de prendre soin, relation d'aide	Formation initiale	Rôle propre	Sens des responsabilités	Moyen Partage d'expérience, réflexivité, connaissance de soi	Pénibilité, Difficultés du métier	Législation, ordre, diplome d'Etat	Langage commun	Liens entre des infirmiers ayant le même mode d'exercice (hémodialyse: progres), multitude de groupes
Q1	1															
Q2	2															
Q3	3	1	1													
Q4				1												
Q5			2	2												
Q6					1											
Q7	4															
Q8	5					1										
Q9						2	1									
Q10	6		3					1								
Q11									1	1						
Q12	7					3										
Q13						4										
Q14								2			1					
Q15								3				1				
Q16	8															

Questionnaires	Valeurs personnelles, humaines, humanistes (humanité, altruisme, non jugement, ouverture d'esprit, humilité, bienveillance, donner à l'autre, don de soi) et professionnelles (passion du métier, rigueur)	Identité, groupe infirmier, appartenance à un corps	Connaissances théoriques et pratiques, pluridisciplinaires, les faire valoir	Travail en équipe, cohésion, collaboration, pluridisciplinaire	Pratiques de soins, compétences transférables, soins techniques	Buts poursuivis, objectifs communs, missions, intérêts communs, conception du soin, le prendre soin	Tenue	Communication, Relationnel, relation à l'autre, relation soignant-soignée, accompagnement Passion du soin, proche des personnes Tendre vers le meilleur pour le patient, envie d'accompagner, d'aider, volonté de prendre soin, relation d'aide	Formation initiale	Rôle propre	Sens des responsabilités	Moyen Partage d'expérience, réflexivité, connaissance de soi	Pénibilité, Difficultés du métier	Législation, ordre, diplome d'Etat	Langage commun	Liens entre des infirmiers ayant le même mode d'exercice (hémodialyse: progres), multitude de groupes
Q17	9															
Q18	10			3	2											
Q19	11								2							
Q20	12							4								
Q21				4				5								
Q22	13			5	3											
Q23	14			6	4	5										
Q24											2		1			
Q25	15							6					2			
Q26	16							7								
Q27								8								
Q28	17															
Q29				7	5	6										
Q30	18					7										
Q31	19					8										
Q32		2														
Q33				8												
Q34								9								
Q35								10								

Questionnaires	Valeurs personnelles, humaines, humanistes (humanité, altruisme, non jugement, ouverture d'esprit, humilité, bienveillance, donner à l'autre, don de soi) et professionnelles (passion du métier, rigueur)	Identité, groupe infirmier, appartenance à un corps	Connaissances théoriques et pratiques, pluridisciplinaires, les faire valoir	Travail en équipe, cohésion, collaboration, pluridisciplinaire	Pratiques de soins, compétences transférables, soins techniques	Buts poursuivis, objectifs communs, missions, intérêts communs, conception du soin, le prendre soin	Tenue	Communication, Relationnel, relation à l'autre, relation soignant-soignée, accompagnement Passion du soin, proche des personnes Tendre vers le meilleur pour le patient, envie d'accompagner, d'aider, volonté de prendre soin, relation d'aide	Formation initiale	Rôle propre	Sens des responsabilités	Moyen Partage d'expérience, réflexivité, connaissance de soi	Pénibilité, Difficultés du métier	Législation, ordre, diplome d'Etat	Langage commun	Liens entre des infirmiers ayant le même mode d'exercice (hémodialyse: progres), multitude de groupes
Q36	20													1		
Q37	21															
Q38			4					11								
Q39	22									2						
Q40	23					9			3							
Q41	24			9												
Q42	25					10										
Q43			5													
Q44	26		6	10		11										
Q45	27									3						
Q46		3							4							
Q47					6	12						2				
Q48			7							4					1	
Q49		4	8						5							
Q50								12								
Q51	28															
Q52	29															
Q53	30.															
Q54	31													2		
Q55												3				
Q56								13								

Questionnaires	Valeurs personnelles, humaines, humanistes (humanité, altruisme, non jugement, ouverture d'esprit, humilité, bienveillance, donner à l'autre, don de soi) et professionnelles (passion du métier,	Identité, groupe infirmier, appartenance à un corps	Connaissances théoriques et pratiques, pluridisciplinaires, les faire valoir	Travail en équipe, cohésion, collaboration, pluridisciplinaire	Pratiques de soins, compétences transférables, soins techniques	Buts poursuivis, objectifs communs, missions, intérêts communs, conception du soin, le prendre soin	Tenue	Communication, Relationnel, relation à l'autre, relation soignant-soignée, accompagnement Passion du soin, proche des personnes Tendre vers le meilleur pour le patient, envie d'accompagner,	Formation initiale	Rôle propre	Sens des responsabilités	Moyen Partage d'expérience, réflexivité, connaissance de soi	Pénibilité, Difficultés du métier	Législation, ordre, diplome d'Etat	Langage commun	Liens entre des infirmiers ayant le même mode d'exercice (hémodialyse: progres), multitude
Q57				11												
Q58														3		
Q59					7											
Q60	32															
Q61						13										
Q62						14										
Q63						15										
Q64										5						
Q65										6						
Q66	33							14								
Q67						16		15	6							
Q68				12					7	7						
Q69						17										
Q70	34					18										
Q71						19										
Q72	35				8											
Q73						20										1
Q74					9					8						
Q75																2
Q76	36															
Q77								16								
Q78								17								
Q79								18								
Q80	37							19								
Q81								20								
total	**37**	**4**	**8**	**12**	**9**	**20**	**1**	**20**	**7**	**8**	**2**	**3**	**2**	**3**	**1**	**2**

La société post moderne, obligée de faire face à la gestion de ressources limitées, impose aux individus une responsabilisation à tous les niveaux. Cela renforce la place de l'acteur social en tant que sujet maître de ses choix ; la contrepartie peut être un certain isolement ou un désengagement dès lors que la pression sociale est trop forte.

Le temps de la formation professionnelle inscrit dans la réalité sociale, est lui aussi impacté. L'ingénierie pédagogique est guidée par la logique d'acquisition de compétences au service d'une plus grande efficience des professionnels formés. Mais que se passe-t-il sur le plan identitaire ?

Ce travail exploratoire transpose cette réflexion au sein de la profession infirmière. Après avoir posé les contraintes identitaires qui pèsent sur ce groupe professionnel, nous nous sommes demandé sur quoi reposait la construction identitaire des étudiants à partir de leurs motivations et quel type d'appartenance se met en place. L'idée sous-jacente étant la promotion d'un engagement professionnel conscientisé et choisi.

Mots-clés : Appartenance, identité professionnelle, infirmières, institut de formation, profession.